UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
UNIDADE PALMEIRA DOS ÍNDIOS
***CAMPUS* ARAPIRACA**
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Caroline Vitória Firmiano dos Santos
Julianne Pereira Silva Freire

IDOSOS COM PARKINSON EM GRUPOTERAPIA:

UMA ANÁLISE A PARTIR DAS PRÁTICAS DISCURSIVAS

Palmeira dos Índios - AL

Abril, 2024

Caroline Vitória Firmiano dos Santos
Julianne Pereira Silva Freire

IDOSOS COM PARKINSON EM GRUPOTERAPIA:
UMA ANÁLISE A PARTIR DAS PRÁTICAS DISCURSIVAS

Trabalho de Conclusão de Curso - TCC apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia da Unidade Educacional de Palmeira dos Índios do Campus Arapiraca da Universidade Federal de Alagoas - UFAL para a obtenção do título de Formação em Psicologia.

Orientadora: Prof.ª. Drª. Flávia Regina Guedes Ribeiro

Palmeira dos Índios - AL

2024

Universidade Federal de Alagoas – UFAL
Campus Arapiraca
Unidade Educacional Palmeira dos Índios
Biblioteca Setorial Palmeira dos Índios - BSPI

S237i Santos, Caroline Vitória Firmiano dos
Idosos com Parkinson em grupoterapia: uma análise a partir das práticas discursivas / Caroline Vitória Firmiano dos Santos; Julianne Pereira Silva Freire. – Palmeira dos Índios, 2024.

84 f. : il.

Orientadora: Profa. Dr. Flávia Regina Guedes Ribeiro.
Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) - Universidade Federal de Alagoas, *Campus* Arapiraca, Unidade Educacional Palmeira dos Índios, Palmeira dos Índios, 2024.
Disponível em: Universidade Digital (UD) – UFAL (*Campus* Arapiraca).
Referências: f. 59 - 63.
Apêndices: f. 64 – 69.
Anexos: f. 70 – 84.

1. Psicologia. 2. Idosos. 3. Doença de Parkinson. 4. Saúde mental. 5. Envelhecimento. 6. Psicoterapia de grupo. I. Freire, Julianne Pereira Silva. II. Ribeiro, Flávia Regina Guedes. III. Título.

CDU 159.9

Bibliotecária responsável: Kassandra Kallyna Nunes de Souza
CRB - 4 / 1844

Caroline Vitória Firmiano dos Santos e Julianne Pereira Silva Freire

Idosos com Parkinson em Grupoterapia: Uma análise a partir das práticas discursivas

Trabalho de Conclusão de Curso - TCC apresentado ao Curso de Psicologia da Universidade Federal de Alagoas – UFAL/Unidade Educacional Palmeira dos Índios, como requisito parcial para a obtenção do grau de Formação em Psicologia e aprovado em 24 de maio de 2024.

Documento assinado digitalmente
gov.br
FLAVIA REGINA GUEDES RIBEIRO
Data: 28/05/2024 09:06:03-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profª. Drª. Flávia Regina Guedes Ribeiro
Universidade Federal de Alagoas - UFAL
Campus Arapiraca - Unidade Educacional Palmeira dos Índios
Orientadora

Documento assinado digitalmente
gov.br
CAROLINE CAVALCANTI PADILHA MAGALHAES
Data: 31/05/2024 11:29:58-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profª Ma. Caroline Cavalcanti Padilha Magalhães
1ª Examinadora

Documento assinado digitalmente
gov.br
CARLINDA CORDEIRO DE MICENA NETA
Data: 04/06/2024 22:01:01-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Psic. Esp. Carlinda Cordeiro de Micena Neta
2ª Examinadora

AGRADECIMENTOS

A minha querida mãe Carli Firmiano, a quem devo tudo que sou.

As Meninas Éticas, por todo acolhimento e parceria durante a graduação.

Aos meus Professores, desde a infância até a Universidade.

A minha orientadora Flávia Ribeiro, pelo seu suporte e incentivo na realização da pesquisa e na construção do trabalho.

A Julianne Freire, minha dupla paciente, acolhedora e querida desde o primeiro período.

Agradeço imensamente à Carlinda Neta, que despertou em mim o interesse e o prazer pela reabilitação com idosos.

Aos participantes da pesquisa, por compartilharem suas histórias e permitirem que esse trabalho nascesse.

A Deus, pela sua Graça!

Caroline Vitória Firmiano dos Santos

AGRADECIMENTOS

Gostaria de dedicar estes agradecimentos à memória da minha amada vó, Jacira Freires da Silva, cujo amor, sabedoria e incentivo contínuo moldaram a pessoa que sou hoje. Mesmo ausente fisicamente, sua presença e influência estão profundamente enraizadas em cada conquista minha. Sua memória será para sempre uma fonte de inspiração.

A minha família, especialmente a minha mãe, Maria José Freire, que nunca mediu esforços para me ver feliz, a senhora é a melhor mãe do mundo; e ao meu pai, Marcos José da Silva, por todo amor e apoio.

A minha irmã, Jacianne Freire por sua presença constante, apoio mútuo e pelo vínculo inquebrável que construímos. A minha sobrinha, Rebeca Tacianne, que com seu amor e alegria tornou o percurso mais leve. Ao meu avô, Adelson Pereira, que sempre esteve presente em cada conquista, apoiando e sendo suporte.

Ao meu noivo, Bruno Zanardi, por seu amor incondicional, apoio constante e compreensão. Seu incentivo e presença tem sido uma fonte constante de força e motivação.

Agradeço profundamente a Deus, por toda sabedoria, discernimento, por me capacitar e por me dar força para superar os desafios encontrados durante esta jornada acadêmica.

Agradeço também às minhas amigas e amigos, por sua amizade sincera, compreensão e apoio. E aos meus pacientes, com os quais aprendi, cresci, e que contribuíram de forma significativa para que eu me tornasse uma profissional melhor.

Por fim, expresso minha gratidão especial à minha dupla, Vitória Firmiano, por muitas vezes ter sido suporte no decorrer do percurso acadêmico e principalmente na construção deste TCC. A nossa orientadora, Flávia Ribeiro, bem como aos membros da banca examinadora e a todas as pessoas que tornaram possível a realização desta pesquisa, principalmente as pessoas idosas participantes. Muito obrigada!

Julianne Pereira Silva Freire

Toda pedra no caminho
Você pode retirar
Numa flor que tem espinhos
Você pode se arranhar
Se o bem e o mal existem
Você pode escolher
É preciso saber viver.

Roberto Carlos e Erasmo Carlos.

RESUMO

A doença de Parkinson é uma condição neurodegenerativa crônica e progressiva que afeta predominantemente o sistema motor. Sua incidência tem aumentado anualmente, tornando-se a segunda maior patologia entre os idosos. O presente trabalho teve como objetivo discutir os efeitos do grupo terapêutico no cuidado da saúde mental de pacientes idosos com Parkinson. Sobre os aspectos metodológicos, este estudo parte de uma abordagem qualitativa a partir do campo-tema. Para a coleta de informações da pesquisa, foram utilizadas técnicas do Grupo Operativo, desenvolvidas por Pichon-Rivière. O grupo terapêutico foi conduzido em um Centro Especializado de Reabilitação (CER) em Arapiraca, Alagoas. Dez idosos participaram da pesquisa, com idades entre 60 e 85 anos. Utilizou-se como ferramenta de análise a perspectiva do Construcionismo Social, explorando as Práticas Discursivas e a Produção de Sentidos no contexto do cotidiano a partir dos mapas dialógicos. Como resultado foram criadas quatro categorias analíticas nomeadas da seguinte forma: A Doença de Parkinson para o Idoso; O Significado do Grupo para o Participante e a Relação com a Saúde Mental; O Idoso com Parkinson na Sociedade; e por fim, Instrumentos para o Enfrentamento da Doença. Desse modo, destaca-se a fundamental importância da Psicologia no contexto saúde-doença promovendo o cuidado com as subjetividades produzidas diante de realidades múltiplas.

Palavras-chave: doença de parkinson; grupos terapêuticos; envelhecimento; saúde mental

ABSTRACT

Parkinson's disease is a chronic and progressive neurodegenerative condition that predominantly affects the motor system. Its incidence has increased annually, becoming the second largest pathology among the elderly. The present work aimed to discuss the effects of the therapeutic group on the mental health care of elderly patients with Parkinson's. Regarding methodological aspects, this study starts from a qualitative approach based on the theme field. To collect research information, techniques from the Operative Group, developed by Pichon-Rivière, were used. The therapeutic group was conducted at a Specialized Rehabilitation Center (CER) in Arapiraca, Alagoas. Ten elderly people participated in the research, aged between 60 and 85 years. The perspective of Social Constructionism was used as an analysis tool, exploring Discursive Practices and the Production of Meaning in the context of everyday life based on dialogical maps. As a result, four analytical categories were created, named as follows: Parkinson's Disease for the Elderly; The Meaning of the Group for the Participant and the Relationship with Mental Health; The Elderly with Parkinson's in Society; and finally, Tools for Coping with the Disease. In this way, the fundamental importance of Psychology in the health-disease context stands out, promoting care for subjectivities produced in the face of multiple realities.

Keywords: parkinson's disease; therapeutic groups; aging; mental health

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVDS	Atividades de Vida Diária
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CER	Centro Especializado em Reabilitação
DP	Doença de Parkinson
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
L- Dopa	Fármaco Levodopa
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIAE	Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento
PNI	Política Nacional do Idoso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	10
2	**ENVELHECIMENTO E SAÚDE-MENTAL**	14
3	**A DOENÇA DE PARKINSON E A ORIGEM DOS GRUPOS TERAPÊUTICOS**	25
3.1	A Doença de Parkinson	25
3.1.1	*Epidemiologia*	25
3.1.2	*Etiologia*	26
3.1.3	*Fisiopatologia*	26
3.2	Os grupos como uma ferramenta terapêutica	29
4	**CONSTRUCIONISMO E CAMINHOS TEÓRICO-METODOLÓGICO**	33
4.1	O Construcionismo Social e as Práticas Discursivas	33
4.2	Caminhos Metodológicos	36
4.3	Caracterização do cenário e participantes da pesquisa	38
5	**A PRODUÇÃO DE SENTIDOS NO CONTEXTO DE GRUPOTERAPIA**	42
5.1	A Doença de Parkinson para o Idoso	43
5.2	O significado do grupo para o participante e a relação com a saúde mental	47
5.3	O idoso com Parkinson na sociedade	52
5.4	Instrumentos para o Enfrentamento da Doença	55
6	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	58
	REFERÊNCIAS	60
	APÊNDICE A - Roteiro De Entrevista E Atividades	65
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	67
	ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP	71
	ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP - Segunda Versão	78

1 **INTRODUÇÃO**

Com o crescente desenvolvimento econômico, social e tecnológico que possibilitam o aumento da expectativa de vida, cresce também o número de idosos em todo o mundo. Segundo a Organização das Nações Unidas, o número de pessoas idosas tem seu crescimento de modo tão significativo que vem tornando-se um fenômeno demográfico que necessita de atenção, visto que os países em desenvolvimento já registram os maiores números e tendem a ultrapassar o número de jovens. Até 2030 haverá 1,4 bilhões de idosos em todo mundo. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os dados indicam que a população idosa tende a crescer significativamente no Brasil. Assim, estima-se que em 2043 um quarto da população terá 60 anos.

Sabe-se ainda que a doença de Parkinson é uma doença neurodegenerativa crônica progressiva, que por sua vez, caracteriza-se por distúrbio no movimento, equilíbrio e postura, apresentando ainda tremor de repouso, rigidez e instabilidade postural. Tal doença, a cada ano, acomete uma quantidade maior de indivíduos, sendo considerada a segunda maior patologia que acomete os idosos. Com o aumento da expectativa de vida da população, cresce também os custos relacionados a terapias medicamentosas e a preocupação com os cuidadores. Assim, é salutar estudos sobre essa temática (Lima *et al*.,2009).

Dentre as diversas manifestações da doença, a depressão é um dos sintomas recorrentes nos indivíduos com Parkinson. A mesma pode se apresentar por fatores emocionais, ambientais e por consequência da desordem no sistema nervoso. Além disso, em situação de estresse emocional por dificuldades nas atividades de vida diária ou pela constante sensação de ser observado, os tremores tendem a aumentar (Lima *et al*.,2009).

Compreendendo o presente cenário, cabe considerar que os tratamentos e cuidados referentes ao processo saúde-doença têm sido modificados para respeitar uma compreensão de sujeitos que vai além das condições biológicas postas. Tratando-se, então, de indivíduos com doença de Parkinson, os cuidados devem ser promovidos a partir do modelo biopsicossocial, que por sua vez, consideram diversos aspectos, como os biológicos, psicológicos e sociais.

De acordo com Valcarenghi *et al.* (2019), estudos recentes mostram a importância para o bem estar e qualidade de vida dos indivíduos estarem também

inseridos em atividades interventivas não farmacológicas, a exemplo disso são as terapias em grupo que possibilitam trocas impactantes para a melhoria dos sintomas neuropsiquiátricos. Sendo assim, essa ferramenta promove um espaço de educação em saúde, suporte aos familiares e cuidadores e criação de estratégias de enfrentamento das condições geradas pela doença.

Isso posto, as relações estabelecidas por meio de um grupo provocam confortos e desconfortos, tanto por encontrar sujeitos com grau de dificuldades maior ou menor, quanto por conhecer a doença também através da experiência do outro. Ademais, as amizades e companheirismo contribuem para fortalecer a saúde mental, já que, os vínculos em outros ambientes podem não acontecer.

A eficácia relacionada a melhoria da qualidade de vida de pacientes que vivenciam alguma patologia e estão inseridos em grupos, foram demonstrados com grande força na Segunda Guerra Mundial. Devido à quantidade de indivíduos do exército com a saúde psicológica afetada perante os resultados e feitos da guerra. Diante desse cenário, a reduzida quantidade de terapeutas somado à necessidade de atendimento proporcionou a formação dos grupos para fins terapêuticos (Yalom, 2007).

No entanto, já em 1905, o médico Joseph Hersey Pratt ficou conhecido como pai da terapia de grupo contemporânea por proporcionar aos seus pacientes com tuberculose um atendimento que tinha como objetivo tratar o sujeito para além da doença. Para tanto, aconteciam reuniões semanais, com aproximadamente 25 pacientes, que compartilhavam seus testemunhos sobre a doença, ganho e perda de peso, entre outros. Assim, o ambiente coeso que foi formado possibilitou o combate da depressão e o isolamento entre os pacientes (Yalom, 2007).

Considerando que os grupos terapêuticos é um instrumento não farmacológico que pode promover saúde mental dos participantes, o presente estudo pretende discutir os impactos do grupo terapêutico no cuidado com a saúde mental de pacientes idosos com a doença de Parkinson.

Para alcançar esse objetivo, foi realizado grupo terapêutico em um Centro Especializado da Reabilitação (CER), na cidade de Arapiraca, no agreste alagoano. A instituição em questão é considerada um (CER III), ou seja, possui três modalidades de reabilitação, sendo elas, visual, intelectual e física. Por meio da Análise Discursiva buscou-se aqui fomentar reflexões acerca do cuidado em saúde mental, através de

um modelo biopsicossocial, valorizando ainda, as relações estabelecidas entre os indivíduos formadores do grupo.

Desse modo, os Centros Especializados de Reabilitação contam com um trabalho de equipe multiprofissional e em alguns casos, interdisciplinar. Assim, a atuação do psicólogo se faz presente nesse contexto, sofrendo ainda, grande demanda no que diz respeito às intervenções com acompanhamento psicológico. Nesse sentido, é crescente a utilização da terapia em grupo na atuação profissional dos psicólogos inseridos na prática clínica ou institucional. Tal ferramenta possibilita atingir uma quantidade maior de indivíduos no que tange ao processo saúde-doença.

Considerando ainda os custos envolvidos, os grupos terapêuticos são considerados de baixo custo, facilitando a implementação nos serviços de saúde. Além disso, as práticas em grupo são constituídas de particularidades como: criação de vínculo, compartilhamento e feedback que contribuem para o enfrentamento de diversas patologias.

Vale ressaltar que, o interesse pela temática da pesquisa surge a partir das intervenções realizadas pelo Estágio Básico I e II do curso de Psicologia, pois o mesmo aproximou as pesquisadoras das discussões acerca do processo de envelhecimento, bem como das patologias enfrentadas pelos integrantes dos grupos. As experiências do estágio contribuíram para uma melhor compreensão sobre o cuidado em saúde mental de pacientes idosos. Além disso, a partir das práticas desenvolvidas durante esse processo, pode-se perceber que os grupos possuem um caráter terapêutico relevante na saúde mental do público abordado.

A pesquisa buscou ainda compreender e discutir os efeitos da terapia em grupo, utilizada por psicólogos e psicólogas como intervenção para o cuidado em saúde mental de pacientes com a doença de Parkinson no contexto dos Centros Especializado de Reabilitação. Pretendeu ainda, evidenciar os sentidos e significados que os integrantes atribuem ao grupo, bem como, a relação que os mesmos estabelecem com a doença. Nessa ótica, a discussão que este trabalho propõe baseia-se na perspectiva teórica do Construcionismo Social. Buscou-se aqui construir um conhecimento por meio das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no cotidiano onde a linguagem se constitui como base para a construção das múltiplas realidades.

No que tange às produções realizadas no contexto do agreste em que esta pesquisa foi realizada, cabe ressaltar que existe uma escassez nos estudos voltados

para a doença de Parkinson. Dessa forma, no Repositório Institucional da Ufal (RIUFAL) foi encontrado um trabalho de conclusão de curso referente ao Curso de Medicina e uma dissertação do Programa de Pós Graduação em Informática que versa sobre essa temática.

Sendo assim, **o primeiro capítulo** discorre sobre o processo do envelhecimento e a saúde mental trazendo um resgate histórico das concepções acerca da temática, levando em consideração aspectos socioculturais e psicológicos. O segundo capítulo trata sobre o Parkinson, destacando sua origem, caracterização, tratamento, impactos na qualidade de vida e a importância dos grupos como ferramenta terapêutica no processo de enfrentamento e fortalecimento individual e coletivo. **No terceiro capítulo** estão os caminhos metodológicos, sendo subdividido em quatro partes, nas quais descrevem as etapas de realização da pesquisa. **No quarto capítulo** encontra-se a análise realizada por meio das falas dos participantes divididas em quatro categorias de análise. Por fim, **as considerações finais** que destacam as discussões e os resultados alcançados com a pesquisa.

Espera-se que as discussões aqui propostas contribuam para a comunidade acadêmica, bem como para as práticas interventivas dos profissionais de saúde, especialmente no campo da psicologia como ciência e profissão.

2 **ENVELHECIMENTO E SAÚDE-MENTAL**

O presente capítulo faz um resgate sobre as concepções do envelhecimento ao longo do tempo, bem como, discute a velhice dentro da perspectiva da Psicologia do Desenvolvimento. Para isso, usa-se uma compreensão biopsicossocial do sujeito, considerando diferentes definições da velhice a partir de diversos contextos culturais. Por fim, dialoga com todo esse processo que envolve o conceito de Saúde Mental.

Os primeiros estudos voltados para o envelhecimento partiram de uma óptica fisiológica do organismo envelhecido. Isso quer dizer que por muito tempo evidenciou-se as limitações, doenças e deficiências ocorridas pelos desgastes das células durante o enfraquecimento do corpo humano. Tal compreensão, embora seja importante do ponto de vista biológico, desconsidera outras dimensões que compõem o sujeito e que precisam ser preconizadas para compreender o ser humano em sua totalidade.

Contudo, essa condição reflete a forma como, ao longo do tempo, as diferentes sociedades enxergaram a velhice. Segundo Dardengo e Mafra (2018), nas sociedades antigas, as experiências dos mais velhos eram valorizadas a ponto de serem requisitadas na vida diária dos mais novos, de modo a contribuir nas atividades. Dessa forma, era de fundamental importância repassar os conhecimentos adquiridos ao longo da sua jornada. Por sua vez, na Grécia, o saber nesse período da vida estava intrinsecamente ligado à classe social do sujeito, enquanto o envelhecimento nas classes superiores era valorizado, nas classes inferiores eram sinônimos de pobreza e doença.

Nessa ótica, a velhice ocupa um lugar dicotômico, retirando-lhe sua condição de humanidade pois desconsidera-se seus desejos, expressões e direitos,

> A imagem sublimada que de si mesmos lhes é proposta apresenta-os como sábios aureolados de cabelos brancos, dotados de rica experiência, veneráveis, pairando muito acima da condição humana; decaem quando fogem a esta imagem: o que se lhe opõe é a do velho doido, caduco e gagá, objeto de mofa por parte das crianças (Beauvoir, 1970, p. 8).

Se por um lado existia um valor e respeito na imagem da velhice, por outro lado, o mesmo termo estava relacionado a pobreza e inatividade. Dessa forma, foi necessário um longo percurso para que houvesse uma preocupação com a saúde,

atividade, aprendizagem e satisfação com a vida, no que diz respeito a compreensão do envelhecer.

Segundo Beauvoir (1970), é no século XIX, na Europa, que surgem os primeiros asilos, unindo centenas de doentes onde a maioria eram idosos. Tal ambiente era depósito de pessoas a serem estudados pela medicina da época. Com o crescente número de doenças degenerativas, primeiro na França e depois em outros países, tornou-se urgente debruçar-se sobre o cuidado com tal população. No entanto, mesmo nos anos à frente, os estudiosos buscaram compreender o envelhecimento por uma causa única.

Um importante ponto de destaque é a compreensão de que, na sociedade capitalista, a produção e o lucro são supervalorizados e o corpo humano é a principal força de trabalho, sendo assim, o sujeito torna-se importante na medida em que é produtivo. Dessa forma, quando chega em uma idade em que o corpo não pode mais produzir na mesma intensidade e tempo que o mercado exige, o sujeito torna-se descartável, conforme:

> O fato de ser um homem reduzido à condição de “sobra”, de “resto”, durante os últimos quinze ou vinte anos de sua existência, comprova a falência de nossa civilização; semelhante evidência nos deixaria interditos se considerássemos os velhos como seres humanos, tendo às suas costas uma existência humana, e não como cadáveres ambulantes (Beauvoir, 1970, p. 8).

Dessa forma, percebe-se que ao longo da história, as sociedades foram construindo significados sobre o envelhecimento a partir das atribuições de papéis e de acordo com o que era de mais valorizado em cada cultura. As disciplinas médicas tiveram um papel importante nesses significados, de modo que algumas condições contribuíram para o surgimento da compreensão do conceito de velhice dos dias atuais.

> Gradativamente, a velhice passa a ser vista como um estado fisiológico específico, com características específicas que se reúnem sob o signo da “senescência”. A partir do surgimento da medicina moderna, observa-se a análise da velhice e do envelhecimento como problemas clínicos pertencentes a um processo contínuo, onde a morte passa a ser vista como resultado de doenças inerentes à velhice (Dardengo; Mafra, 2018, p. 9).

Segundo Keller e Peruzzo (2017), a Geriatria, campo da Medicina o qual ergueu-se objetivando investigar fatores epidemiológicos e as peculiaridades

biológicas do envelhecimento, surgiu refletindo um cenário de condições da classe dominante, ou seja, as discussões acerca do envelhecer eram propostas por uma única voz. Além disso, por ter como base a ciência positivista, o foco dos estudos prevalecia em compreender a velhice como declínio e bloqueio ao progresso social. Contrapondo essas limitações, surge a Gerontologia, com o objetivo de reunir várias áreas do conhecimento e saúde humana para debruçar-se sobre o processo de envelhecimento e ainda levantar temas como qualidade de vida do idoso e longevidade.

Um campo da Gerontologia que trouxe reflexões e críticas significativas para ampliar a visão sobre o envelhecer foi a Gerontologia Social. Essa ciência propõe-se a estudar os aspectos demográficos e sociais envolvidos no envelhecimento, considerando que a velhice não é uma categoria natural e sim produzida socialmente, ou seja, fruto das relações dos seres humanos, marcada historicamente (Keller; Peruzzo, 2017).

Já na Psicologia do Desenvolvimento Humano, campo que se debruça a estudar sobre as mudanças ao longo do ciclo de vida, também trouxe fortes contribuições para o processo de envelhecimento. Em seus estudos iniciais, a Psicologia do Desenvolvimento dedicou-se com maior afinco ao período da infância e adolescência. Sendo assim, os teóricos da época compreendiam esses períodos como definidores da personalidade dos sujeitos e logo após este período os aspectos psicológicos tornaram-se estáveis. Só então a partir da sexta década de vida, haveriam outras mudanças. Essa concepção considera o ciclo de vida de forma periodizada e estagnada até uma certa fase, desconsiderando o caráter de constante transformação do indivíduo.

Pensando sobre um aspecto biopsicossocial, é importante considerar três dimensões do envelhecimento: biológica, psicológica e social. Conforme Paiva (1986), a dimensão biológica diz respeito a anatomia, bioquímica e declínio das funções e capacidade do organismo. A dimensão psicológica refere-se aos comportamentos, relacionamentos com outros indivíduos e seu meio, assim como o relacionamento consigo próprio e enfrentamento e adaptações às mudanças. Por fim, a dimensão social está relacionada a normas sociais estabelecidas por critério de idade e impõe-se sobre a vida dos indivíduos.

Nesse sentido, Havighurst (1953*, apud* Paiva, 1986) propôs uma divisão do desenvolvimento adulto a partir das atividades desenvolvidas em cada estágio e sendo responsável pelo desenvolvimento psicossocial do sujeito. Dessa forma,

> A primeira delas é a fase adulta inicial, que envolve o período dos 18 aos 30 ou 35 anos de idade. É caracterizada por prontidão especial para aprendizagens, grande dose de egocentrismo e individualismo, um maior afastamento da religião, busca de responsabilidades, de novas tarefas de prestígio e de prazeres. É geralmente o período onde ocorre o casamento e o nascimento de filhos. A idade adulta média vai dos trinta e cinco aos sessenta anos de idade aproximadamente. É o período de maior participação social e cívica (Paiva, 1986, p. 20)

Considerando ainda esta divisão por fases, as mudanças biológicas passam a ser marcadores para a vida social dos sujeitos, esperando-se que os acontecimentos da vida tenham uma ordem comum a todos. Assim,

> As mudanças biológicas do envelhecimento começam a ser notadas no final dessa fase. Nesse período, a pessoa deve ter constituído família, tem uma profissão definida e objetivos de desempenhá-la bem. É o período de realização profissional em que o status social pode ser mais elevado. Na idade adulta final ou Velhice, ocorre o declínio das capacidades (Paiva,1986, p. 20)

Diante do que foi exposto, podemos compreender que por um lado existem aspectos inerentes ao processo de envelhecimento biológico e, por outro lado, existem aspectos socioculturais normativos e muitas vezes estigmatizantes. Ambos irão interferir no envelhecimento psicológico do sujeito, mas não necessariamente de forma linear.

Ainda dentro dessa concepção, Paiva (1986) evidencia que o desenvolvimento humano necessita ser compreendido como um processo contínuo, sendo assim, as modificações ocorrem em toda existência do sujeito, levando em conta, ainda, a interação dialética do indivíduo com seu grupo social, pois é a partir dele que o desenvolvimento também acontece. Logo, essa ideia deixa de lado o entendimento de desenvolvimento humano como estágios ou fases pré definidas e marcadas por desequilíbrios.

Outro ponto importante, que amplia a discussão, é a diferenciação dos conceitos de senescência e senilidade. O primeiro refere-se ao envelhecimento natural que acontece de modo gradual, com o passar dos anos. Já o segundo é vivenciado por um declínio patológico e acelerado das funções cognitivas e físicas do

sujeito. Além de ser influenciada por fatores biológicos e psicológicos, a senilidade é também afetada por fatores sociais, culturais e afetivos, pois a depender de como a pessoa está inserida no meio em que vive, pode-se ter maiores fatores de risco para o desenvolvimento de uma boa qualidade de vida (Paiva,1986).

Nesse mesmo caminho, Ladeira *et al. (*2017) acrescentam que na senescência o idoso vive de forma harmoniosa com as condições inerentes a esse processo, dessa forma, as mudanças não interferem negativamente nas atividades do cotidiano e nas relações sociais, contribuindo para a manutenção do equilíbrio psicológico. Por outro lado, a senilidade impõe-se sobre o sujeito de modo a limitar suas atividades e acumular patologias.

Outra diferenciação importante diz respeito ao conceito de envelhecimento primário e secundário. Dessa forma, o envelhecimento primário conforme explicita Barreto (2017), acontece de modo parecido a todos que compartilham de uma mesma espécie, trata-se de um processo biológico esperado com interferências genéticas e não ambientais. Entretanto, o envelhecimento secundário ocorre considerando variáveis como o ambiente que o sujeito foi inserido ao longo da vida, seus hábitos e costumes, suas condições econômicas, entre outros.

Assim, cabe considerar que foram vários os movimentos no campo da epistemologia que fizeram nascer novas perspectivas para a compreensão do envelhecimento. Com os avanços tecnológicos, aumento da expectativa de vida e as mudanças sociais advindas desse processo, novos estudos foram requisitados em diversas áreas do conhecimento, Neri (2006) evidencia importantes fatores no século XX, como os estudos sobre a meia idade[1], desenvolvido no Instituto MacArthur, a metodologia de coortes sequenciadas de Schaie[2], o início de novos estudos longitudinais sobre a vida adulta[3] e a velhice e o paradigma *lifespan* [4]desempenhado pelo psicólogo alemão Paul B. Baltes.

---

[1] Estudo MacArthur do Envelhecimento Bem-Sucedido, que investigou os fatores que contribuem para um envelhecimento saudável e bem-sucedido. Este estudo examinou aspectos como a inteligência, a saúde mental, a atividade física e as redes sociais em indivíduos de meia-idade e mais velhos

[2] Estudo realizado por Schaie (1965) sobre inteligência na vida adulta e na velhice que se iniciou em 1955 e prosseguiu até 1996, com a metodologia de coortes sequencializadas, contribuindo metodologicamente para o paradigma *lifespan*

[3] Estudo realizado por Thomae, H (1976) com o título Padrões de Envelhecimento investigou os padrões e processos de envelhecimento em uma amostra de indivíduos. A pesquisa foi publicada em Nova York pela editora Karger.

[4] Paradigma *lifespan* definido pelo psicólogo alemão Paul B Baltes (1939-2006) o desenvolvimento como um processo contínuo, multidimensional e multidirecional que envolve diversas influências como genético-biológicas e socioculturais.

Dentro do campo científico do desenvolvimento humano, o termo *ciclo de vida* carrega cinco compreensões essenciais. O primeiro ciclo de vida pode significar estágios, idades ou a repetição de aspecto do desenvolvimento após gerações. No segundo, o termo é considerado a coordenação do desenvolvimento individual com a história das instituições sociais. A terceira entende ciclo de vida como experiências que tem um fechamento e coerência. Já outros campos das Ciências Humanas utilizam o termo para falar sobre histórias de vida, padrões de mudanças e estudos populacionais. Por fim, o quinto sentido refere-se aos ciclos como repetição com tendência de fechamento (Neri, 2006).

Neri (2006) ainda evidencia que foi a partir da teoria epigenética, desenvolvida por Erikson (1950), que o termo ciclo de vida passou a ser utilizado no campo científico para falar sobre o desenvolvimento humano. O pensamento do autor teve grande influência sobre os autores que lhe sucederam e foi importante, pois já começava a trazer imbuído no conceito de ciclo de vida a influência sociocultural e toda a extensão da vida humana.

Nesse sentido, destaca-se o paradigma *lifespan* que quer dizer, desenvolvimento por toda a vida, isso implica em uma compreensão do envelhecimento provido de potencialidades e torna-se uma contribuição tão significativa para o campo da Psicologia do Desenvolvimento que novos paradigmas se instalaram. Dessa forma,

> Compreende o desenvolvimento como processo contínuo, multidimensional e multidirecional de mudanças orquestrados por influências genético-biológicas e socioculturais, de natureza normativa e não normativa, marcado por ganhos e perdas concorrentes e por interatividade entre o indivíduo e a cultura (Neri, 2006, p. 9).

Ainda em Neri (2006), a natureza normativa graduada por idade diz respeito a eventos que tendem a acontecer na mesma época e duração para os indivíduos, levando em consideração os fatores biológicos, como o crescimento e a maturação e os fatores sociais que dizem respeito ao processo de socialização durante toda a vida. Por outro lado, as influências não normativas por idade atingem um grupo etário de modo diferente e seus efeitos variam de acordo com o significado que o indivíduo atribui aos fatos, bem como os recursos que possui para o enfrentamento do que é vivenciado. Além disso, sua principal diferença é o acontecimento inesperado que interrompe o ritmo da vida. Referente a isso:

> O potencial estressor dos eventos incontroláveis tende a ser maior para os velhos, na medida em que, na velhice, ocorre diminuição de recursos e que aumentam as possibilidades de convivência com eventos negativos. Aos efeitos da velhice podem somar-se os da pobreza, desnutrição, baixo nível educacional, ser do gênero feminino, pertencer a grupos excluídos por critérios raciais e discriminação por idade (Neri, 2006, p. 20).

Conforme discute Zimerman (2000) as mudanças são inerentes ao processo de envelhecimento, no entanto, tais mudanças somam-se aos aspectos sociais e psicológicos que se manifestam de forma diversa para cada indivíduo. O autor ainda considera que alguns fatores como crise de identidade, mudanças nos papéis sociais, perdas e diminuição no contato social são marcadores que necessitam de atenção, pois exigem maiores adaptações do sujeito. Quando essa adaptação não acontece de forma saudável, outros fatores psicológicos podem se manifestar, a exemplo disso é a baixa autoestima, sentimento de inutilidade e inadequação ao seu meio que podem levar a alterações psíquicas com necessidade de tratamento.

Nesse sentido, a autonomia e integração ao ambiente em que convive são medidas protetivas para o cuidado com a saúde mental do idoso. Além disso, romper com os estigmas e mitos que o envelhecer carrega é, segundo os autores Schneider e Irigary (2000), um possível caminho para a não marginalização dessa população. Para pensar em bem estar é necessário considerar a dimensão multifatorial e subjetiva que esse evento carrega. Dessa forma, a idade cronológica que se refere aos anos vividos pelo sujeito não define o processo de envelhecimento, pois essas experiências serão atravessadas por tudo aquilo que o indivíduo experiencia na sua passagem pelo tempo,

> A idade cronológica refere-se somente ao número de anos que tem decorrido desde o nascimento da pessoa, portanto não é um índice de desenvolvimento biológico, psicológico e social pois ela por si só não causa o desenvolvimento. (Schneider; Irigaray, 2000, p. 589).

A sexualidade é outro ponto do envelhecer que é coberto por estereótipos e silenciamento. Existe ainda um imaginário de que o idoso não experimenta desejo, afeto e sexualidade. A imagem da velhice produzida socialmente revela um sentido homogêneo, privado da rica experiência subjetiva do sujeito. Para Almeida e Lourenço (2009) tal experiência vai além do sexo, nela está imbuída todo o processo de desenvolvimento do indivíduo e envolve as diferentes formas de lidar com as relações afetivas interpessoais. Além disso, está vinculada ao corpo, mas também ao

pensamento, revelando as motivações do sujeito em direção a algo. Ainda segundo o autor, esse imaginário afeta também a forma como o sujeito se vê, isso reflete na sua autoestima e autoconfiança.

Os vínculos nessa fase da vida ganham adaptações e sentidos ainda mais importantes, em que mesmo com alterações biológicas tanto o homem quanto a mulher continuam a vivenciar relações afetivo-sexuais. Zimerman (2000) reafirma essa ideia inferindo que o modo como a sociedade constrói o mito de que o idoso não tem vida sexual, é não só desrespeitoso como também gerador de culpa pelos seus desejos.

> Os velhos que têm vida sexual ativa muitas vezes envergonham-se de admiti-lo. A família e a sociedade costumam desencorajá-lo a isso. Cabe uma observação: sexo não é só o contato genital. Carinho, outras formas de contato físico, afetividade de modo geral pode e deve ser cultivados em qualquer idade (Zimerman, 2000, p. 43).

Considerando então os aspectos biopsicossociais que envolvem a experiência do sujeito no mundo, é importante discutir o envelhecimento como um processo atrelado a garantias de direitos, autonomia e bem-estar. As estratégias de prevenção e promoção à saúde precisam estar diretamente vinculadas a políticas públicas e ao compromisso social em estabelecer e fazer valer seus direitos.

A exemplo disso, é o Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento (PIAE) aprovado pelos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) que tem como objetivo criar ações que promovam uma velhice saudável. Dentre as medidas estabelecidas neste plano, destacam-se, o reconhecimento de que o indivíduo em seu envelhecimento deve ter como garantia, uma vida com segurança, saúde e participação ativa na sociedade, seja no âmbito econômico, cultural ou político. Além disso, é reconhecida a dignidade da pessoa idosa, para isso, visa-se o combate às formas de abandono, abuso ou qualquer outra forma de violência.

Em conjunto com esse compromisso, o contexto brasileiro dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), na Lei nº 8.842/1994 que garante assegurar os direitos sociais da pessoa com mais de 60 anos de idade considerada idosa, conforme esta lei. São alguns dos princípios da (PNI):

> I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida; II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de

> conhecimento e informação para todos; III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza (Brasil, 1994, cap. II, art. 3, inc. I).

Soma-se a estas garantias, a Lei nº 10.741/2003 que dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa que versa:

> Art. 2º A pessoa idosa goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (Brasil, 2003, cap. I, art. 2).

Sendo assim, França e Murta (2014) discutem a promoção da saúde mental como um assunto que ainda necessita de maiores investimentos do campo da literatura científica e apontam o conceito de prevenção em saúde como a integração entre prevenção, promoção e tratamento. Dessa forma, a promoção à saúde visa o desenvolvimento de estratégias para lidar com as vulnerabilidades ambientais e individuais, de modo a dispor de maiores recursos de enfrentamento. No que diz respeito à prevenção, visa-se diminuir os riscos do surgimento de problemas, transtornos ou doenças. Já o tratamento, busca oferecer atendimento assistencial para aquele que necessita.

Consoante a isso, é sabido que o bem estar físico e mental envolve um conjunto de fatores que precisam estar presentes no contexto do indivíduo. Zimerman (2000) aponta para as adaptações que precisam acontecer na arquitetura dos ambientes públicos e privados, bem como a moradia do idoso. Desse jeito, espaços preparados com rampas, ônibus e banheiros adaptados, espaços planos e antiderrapantes, entre outros pontos de acessibilidade, podem contribuir para que o sujeito se sinta seguro e confortável em transitar por esses espaços, evitando isolamento e fazendo valer o direito de ir e vir. O autor ainda coloca que são cuidados fundamentais com a pessoa idosa, não os infantilizar, ou tratá-los como incapaz, respeitar seus limites e vontades, preservar a autonomia, trabalhar as perdas e ganhos e promover a estimulação biopsicossocial.

O contexto familiar é considerado uma rede de apoio essencial para encarar as mudanças do processo de envelhecimento. As mudanças de papéis e funções entre os membros da família, mudam significativamente onde aquele idoso que antes tomava as decisões sobre si, sobre a casa e os demais, torna-se dependente e muitas vezes pouco integrado às decisões e eventos familiares. Sendo assim, o desafio é

posto sobre as duas partes, sendo ainda maior quando estão presentes quadros de doenças crônicas, déficits cognitivos, quadros demenciais, entre outros.

Segundo Neri (2012), existem duas redes de apoio fundamentais e discutidas pela gerontologia. A primeira é a rede de apoio informal composta por filhos, esposos (as), netos, sobrinhos, ou seja, a família, amigos ou comunidade que cerca o idoso. Esta rede se forma a partir das relações que foram estabelecidas ao longo da vida e principalmente pela solidariedade ou retribuição entre as gerações. Já a rede de apoio formal é estabelecida por remuneração e envolve hospitais, casas de repouso, unidades de apoio domiciliar, ou seja, são equipamentos sociais formados por diferentes profissionais e áreas do conhecimento, voltados para o cuidado da saúde e bem estar do idoso e sua família.

Conforme essa concepção, outros fatores podem motivar as retribuições entre as gerações. Dessa forma, os recursos financeiros e econômico envolvidos na dinâmica familiar tornam-se importante quando:

> Em sociedades com baixo nível de desenvolvimento econômico, devido à alta taxa de natalidade, os filhos são uma espécie de seguro velhice para os pais, ou seja, quanto mais filhos, maior a garantia de os pais serem cuidados na velhice. Em sociedades mais desenvolvidas, caem os níveis de natalidade e, ao mesmo tempo, surgem outras alternativas de apoio, que diminuem o valor do benefício agregado aos filhos (Neri, 2012, p.228).

Ainda nesse sentido, as motivações para o cuidado com o idoso podem vir por meio da retribuição pelo que foi ofertado durante a vida, os filhos, netos e outros familiares que receberam educação, sustento ou outros meios de apoio. Existe ainda, a motivação por intercâmbio social, estabelecida culturalmente como um contrato implícito, onde espera-se cada indivíduo dentro de uma estrutura familiar desempenho do seu papel de forma voluntária. Nesse sentido, vale ressaltar o papel da mulher dentro dessa estrutura onde o cuidado é estabelecido como responsabilidade da mesma. Além disso, até mesmo quando o envelhecimento é sobre a mulher, vê-se ainda o papel do cuidado sendo desempenhado por ela, seja para o cônjuge ou para os filhos.

> A literatura gerontologia mostra que, na grande maioria dos países ocidentais, quem desempenha as tarefas de cuidar em família é geralmente uma mulher, uma vez que prestar cuidado aos filhos, à casa, ao cônjuge, aos doentes e aos idosos) é secularmente uma atribuição feminina (Neri, 2012, p. 389).

Dessa forma, conclui-se que as concepções de envelhecimento ao longo do tempo, tanto discutida pelas ciências médicas quanto pelo campo da psicologia do desenvolvimento, tem um fator sociocultural marcante que influencia na subjetividade dos sujeitos inseridos em cada contexto. Sendo assim, o entendimento sobre saúde mental necessita perpassar pelos elementos discutidos até aqui.

Para ampliar o olhar sobre a temática, o próximo capítulo será dividido em duas partes, a primeira abordará a compreensão sobre a Doença de Parkinson, assim como sua epidemiologia, etiologia e fisiopatologia necessárias para esta discussão. A segunda parte apresentará a formação dos grupos terapêuticos no contexto de saúde-doença.

3 **A DOENÇA DE PARKINSON E A ORIGEM DOS GRUPOS TERAPÊUTICOS**

3.1 A Doença de Parkinson

A doença de Parkinson (DP) é uma enfermidade crônica, lentamente progressiva e irreversível que afeta o sistema nervoso central. É uma das doenças neurológicas que mais acometem os sujeitos, conforme:

> A DP surge geralmente entre os 50 e os 80 anos de idade, com um pico na sétima década de vida, sendo mais prevalente nos homens. Este padrão poderá refletir a importância de certos fatores ambientais e sociais na DP e a sua interação com outras variáveis, como genes, níveis hormonais, efeitos da gravidez e diferentes profissões ou exposições ambientais (Cabreira; Massano, 2019, p 661)

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), mostram que aproximadamente 1% da população mundial com idade superior a 60 anos tem a doença. No território Brasileiro, estima-se que 200 mil pessoas sofrem com o problema.

A patologia foi descoberta em 1817, pelo médico James Parkinson por meio da identificação de tremores em pacientes, como salienta Vasconcellos *et al.,* (2023). Posteriormente, novos estudos foram surgindo em busca de um aprofundamento acerca dos sintomas, causas e tratamentos da doença. Com os avanços das pesquisas científicas, é possível obter uma compreensão das particularidades da Doença de Parkinson, identificar sinais e sintomas de forma mais precoce e assim dar início ao tratamento que proporcionará uma melhor qualidade de vida ao paciente.

3.1.1 *Epidemiologia*

De acordo com as mudanças etárias e com os levantamentos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), é notório o envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida. O que implica diretamente no aumento do número de idosos e consequentemente de pessoas com doenças degenerativas, dentre elas, a Doença de Parkinson:

> No Brasil, a notificação da DP não é compulsória, o que nos leva a números estimados de sua prevalência no país. Fala-se em 220 mil pacientes e há

> estudos internacionais que sugerem que este número mais que dobrará até 2030 (Bovolenta; Felício, 2016, p. 7).

Sabe-se que pessoas acima dos 50 anos de idade, têm uma maior predominância a serem acometidos pela doença de Parkinson. Levando em conta que sua ocorrência cresce com o envelhecimento, a longevidade é um fator de risco para o aumento dos números nas próximas décadas. É imprescindível destacar que essa alta de pessoas acometidas pela DP não deve ser associada apenas ao envelhecimento, fatores ambientais e biológicos devem ser considerados para que haja uma compreensão adequada da doença.

Segundo o estudo epidemiológico sobre Morbidade hospitalar e mortalidade por doença de Parkinson no Brasil, considerando os dados entre 2008 e 2020, foram 11.369 pessoas internadas com DP, dentre esses números, prevaleceu a faixa etária entre 60 e 79 anos. Por outro lado, foram 43.334 óbitos, sendo a maior parte na faixa etária de 80 anos ou mais (Vasconcellos; Rizzotto; Taglietti, 2023). Dessa forma, fica evidente a emergência em fortalecer tratamentos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes.

3.1.2 *Etiologia*

Pode-se afirmar, ainda, que a origem da Doença de Parkinson é desconhecida. Entretanto, é essencial destacar que em decorrência das diversas pesquisas, é possível chegar a um conjunto de fatores que estão interligados à sua causa, tendo por base uma predisposição genética e a exposição a fatores tóxicos ambientais (Teive, 2005). Entretanto, fatores relacionados à desnutrição e a obesidade também podem influenciar o desenvolvimento da Doença de Parkinson. Na DP ocorre uma disfunção dos sistemas neurotransmissores associados a uma degeneração dos neurônios dopaminérgicos localizados na Substância Negra (Correia *et al*., 2013).

3.1.3 *Fisiopatologia*

A Substância Negra, localizada na região mais ventral do segmento mesencefálico possui neurônios que projetam e liberam dopamina para o núcleo

estriado, que está diretamente relacionado aos movimentos coordenados do corpo. Como é sinalizado por Correia *et al.,* (2013) a DP ocorre quando há uma grande degeneração desses neurônios que liberam dopamina, fato que é irreversível. A deficiência de dopamina causa alterações funcionais o que provoca o aparecimento dos principais sinais e sintomas da doença.

É destacado por Rieder *et al.,* (2012), que os sintomas motores aparecem quando ocorre uma perda considerável na produção de dopamina. Dentre eles, pode-se destacar: Rigidez na musculatura: que está relacionada ao aumento do tônus muscular, com resistência na movimentação que pode acarretar fortes dores; Bradicinesia: que é a lentificação dos movimentos, causando uma diminuição em sua amplitude; hipomimia: que está relacionada a inexpressividade facial na qual o sujeito tem dificuldade de se expressar e demonstrar expressões faciais, hipofonia: que afeta diretamente na entonação da voz do sujeito, o que compromete diretamente sua comunicação.

Ainda sobre as alterações significativas decorrentes da DP, os autores consideram e a micrografia: que, como o próprio nome sugere, é a escrita cada vez menor e ilegível, fato que afeta diretamente os pacientes que a depender de suas profissões escrevem com mais frequência; Tremor de repouso: que são tremores involuntários e oscilatórios que podem aparecer em diferentes regiões do corpo, causando mal-estar e muitas vezes isolamento social por conta dos desconfortos causados; Alterações posturais e de equilíbrio: que variam de indivíduo para indivíduo o que acaba aumentando o risco de possíveis lesões corporais ocasionadas por quedas (Rieder *et al.,* 2012).

Nesse sentido, com o passar dos anos, cada vez mais estudos são realizados. E pode-se afirmar que manifestações não-motoras também se fazem presentes em quadros de DP, a identificação delas possibilita uma melhor intervenção nos cuidados clínicos e cotidianos dos sujeitos. Como salienta, Cabreira e Massano (2019), tais manifestações podem ser neuropsiquiátricas que incluem uma grande quantidade de sintomas, dentre eles, é imprescindível destacar: a depressão que afeta diretamente a saúde mental dos indivíduos, apatia, ansiedade, distúrbios sensoriais, dentre outros; queixas gastrointestinais como obstipação e disfagia; queixas autonómicas como disfunção sexual e hipersudorese; manifestações sensitivas que podem estar interligadas a dor; manifestações visuais que podem acarretar alucinações; distúrbios

do sono com dificuldade para dormir e até mesmo com sonhos vívidos e hipersonolência diurna; entre outros.

O tratamento da DP tem seu foco no controle dos sintomas e na redução da progressão da doença. A principal medicação utilizada em pacientes com Parkinson, é o fármaco Levodopa (L-Dopa) que é utilizado como uma forma de substituição da dopamina no cérebro, oferecendo uma maior qualidade de vida para o sujeito. Infelizmente, por ser uma doença que até o momento não possui cura, o avanço da mesma afeta a eficácia da medicação.

Quando o paciente se encontra sob efeito da medicação tendo seus sintomas motores mais controlados, ele está em um período denominado de on, em contrapartida, após um tempo de 4 a 6 anos de uso da substância, o paciente tende a passar por períodos de flutuações da medicação no qual passam a sentir os sintomas indesejados antes do tempo. Quando isso ocorre, denomina-se de período off, já que o Levodopa para de ter o funcionamento desejado, trazendo de volta os sintomas da DP.

Mesmo com toda a propagação de informações acerca dos sintomas e tratamento da doença de Parkinson, nem todos conseguem ter acesso aos cuidados e direitos básicos, como afirma Bovolenta e Felício (2016), muitos benefícios e direitos são assegurados aos indivíduos com DP, entretanto, muitas vezes, são desconhecidos pelos próprios pacientes, familiares e também pelos profissionais que lhes acompanham e que podem contribuir para melhorar sua condição e qualidade de vida.

Diante do exposto, fica compreensível que a Doença de Parkinson afeta diversas áreas da vida do sujeito e modifica a forma como o mesmo se reconhece e se relaciona no mundo. O declínio do desempenho motor reflete diariamente nas atividades cotidianas que cada vez tendem a tornar-se mais difíceis. Entretanto, as adaptações psicológicas e emocionais são relevantes no tratamento da doença, conforme destaca Pertenela e Marcon (2012, p. 6) “índices de cognição, ansiedade, depressão, opinião própria, aceitação e atitude, é fator contribuinte que também interfere diretamente na QV”. Isso quer dizer que, mesmo quando a doença manifesta sintomas mais severos, quando o nível de adaptação psicológica é alto, o paciente consegue progredir no tratamento obtendo maior qualidade de vida.

Os estigmas sociais, bem como, a falta de redes de apoio interfere diretamente em sua saúde mental. Por esse motivo é imprescindível considerar formas alternativas e não farmacológicas para somar ao tratamento da doença.

Para tanto, será destacado no próximo tópico os grupos como ferramenta que buscam promover saúde mental. Seu caráter educativo e terapêutico, consideram o resgate da subjetividade dos pacientes.

3.2 Os grupos como uma ferramenta terapêutica

Os primeiros experimentos em terapia de grupo surgiram com grande força na Segunda Guerra Mundial devido à quantidade de indivíduos do exército com a saúde psicológica afetada diante dos resultados e feitos da guerra. Diante desse cenário, a reduzida quantidade de terapeutas somado à necessidade de atendimento proporcionou a formação dos grupos para fins terapêuticos (Yalom, 2007).

No entanto, já em 1905 o médico Joseph Hersey Pratt ficou conhecido como pai da terapia de grupo contemporânea por proporcionar aos seus pacientes com tuberculose, um atendimento que tinha como objetivo tratar o sujeito para além da doença. Para tanto, aconteciam reuniões semanais com aproximadamente 25 pacientes que compartilhavam seus testemunhos sobre a doença, ganho e perda de peso, entre outros. Assim, o ambiente coeso que foi formado possibilitou o combate da depressão e o isolamento entre os pacientes (Yalom, 2007).

Para o objetivo deste trabalho será abordado a compreensão dos grupos operativos, ou seja, grupos centrados em uma tarefa, proposta por Pichon Rivière. Nessa perspectiva evidencia-se a tarefa e aprendizagem, assim como, as dificuldades dos sujeitos nesse processo. A relação e vínculo dos participantes do grupo são formados pela realização da atividade proposta, deixando em segundo plano os problemas individuais (Rivière, 2005).

Os grupos operativos tem um caráter terapêutico na medida em que coloca os indivíduos em contato com suas angústias e resistências internas a partir da realização de uma tarefa comum a todos. É dentro dessa relação que novos repertórios são criados para posicionar-se frente ao sofrimento. A tarefa tem como objetivo tornar explícito o que está implícito, ou seja, é realizando a tarefa que os

conteúdos inconscientes se manifestam em um contínuo movimento espiralado (Rivière, 2005).

> A aprendizagem centrada nos processos grupais coloca em evidência a possibilidade de uma nova elaboração de conhecimento, de integração e de questionamentos acerca de si e dos outros. A aprendizagem é um processo contínuo em que comunicação e interação são indissociáveis, na medida em que aprendemos a partir da relação com os outros (Bastos, 2010, p. 161).

Para tanto, é essencial a presença do coordenador que media as falas, questiona e direciona para a tarefa. Já o porta-voz enuncia algo que estava implícito e torna comum ao grupo, gerando um processo grupal. O observador fica atento ao movimento dos indivíduos em torno da tarefa, resgata a história do grupo e junto com o coordenador analisa as falas tornando consciente aquilo que ainda não é consciente, movimentando-se para uma mudança (Rivière, 2005).

Tratando-se de doenças médicas, como a Doença de Parkinson, os grupos terapêuticos proporcionam recursos para o cuidado com a saúde mental dos sujeitos. Ao conviver com as dificuldades, estigmas e necessidade de suporte social, amplia-se os riscos de isolamento, ansiedade e depressão. Dessa maneira,

> Há muitas razões pelas quais o tratamento psicológico é importante nas doenças médicas. Primeiro, existe uma relação óbvia e conhecida entre a perturbação psicológica e a doença médica, ou seja, a depressão, a ansiedade e as relações de estresse são consequências comuns de doenças médicas sérias, e não apenas prejudicam a qualidade de vida, como também amplificam o impacto negativo da doença médica (Yalom, 2006 p. 394).

Sendo assim, diferentes modalidades de grupos são utilizadas nos serviços de saúde, sendo direcionados para diversas finalidades e públicos, envolvendo também uma equipe interprofissional ou multiprofissional. A formação de grupos nesse contexto tende a crescer por seu caráter econômico, reduzindo custos e podendo alcançar um público maior. As práticas desenvolvidas nos grupos podem ser de caráter educativo, voltado para alguma atividade, terapêutico, entre outros.

Tratando-se de doenças médicas, como a Doença de Parkinson, os grupos terapêuticos proporcionam recursos para o cuidado com a saúde mental dos sujeitos. Ao conviver com as dificuldades, estigmas e necessidade de suporte social, amplia-se os riscos de isolamento, ansiedade e depressão. Dessa maneira,

> Há muitas razões pelas quais o tratamento psicológico é importante nas doenças médicas. Primeiro, existe uma relação óbvia e conhecida entre a

> perturbação psicológica e a doença médica, ou seja, a depressão, a ansiedade e as relações de estresse são consequências comuns de doenças médicas sérias, e não apenas prejudicam a qualidade de vida, como também amplificam o impacto negativo da doença médica (Yalom, 2006 p. 394).

Sendo assim, diferentes modalidades de grupos são utilizadas nos serviços de saúde, sendo direcionados para diversas finalidades e públicos, envolvendo também uma equipe interprofissional ou multiprofissional. A formação de grupos nesse contexto tende a crescer por seu caráter econômico, reduzindo custos e podendo alcançar um público maior. As práticas desenvolvidas nos grupos podem ser de caráter educativo, voltado para alguma atividade, terapêutico, entre outros.

A exemplo dos serviços de saúde que possibilitam a proposta de desenvolver trabalhos com grupos são os Centros Especializados em Reabilitação (CER) que por seu caráter de articulação com outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde torna-se referência para seu território. Além disso, os CERs são pontos ambulatoriais especializados em reabilitação com capacidade para diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva. Dessa forma, podem ser categorizados da seguinte forma, I - CER composto por dois serviços de reabilitação habilitados - CER II; II - CER composto por três serviços de reabilitação habilitados - CER III; e III - CER composto por quatro ou mais serviços de reabilitação habilitados - CER IV.

As trocas proporcionadas no ambiente formado pelo grupo reduzem o isolamento e permite aos sujeitos encontrarem histórias e vivências que contribuam para o seu fortalecimento, quando é possível falar sobre si, suas dificuldades e angústias abre-se também uma oportunidade de ressignificação podendo promover bem estar psicológico diante dos limites postos pela condição da doença. O apoio mútuo enriquece o repertório do grupo criando possibilidades de enfrentamentos e adaptações necessárias no cotidiano.

Além disso, a partir do vínculo, que é sempre social, o sujeito entra em contato com seus vínculos anteriores, ou seja, tudo aquilo que é marcado por sua história de vida pode vir a toda a partir do papel que se estabelece com o outro. Esse é um caráter inconsciente que se manifesta produzindo novos aprendizados (Rivière, 2005).

Por outro lado, a nível de consciência, Spink (2010) apresenta um esquema temporal tríplice; o *Tempo Longo* íntegra todo repertório linguístico produzido socialmente, repercutindo para além do tempo de sua produção, expressam-se na produção cultural podendo gerar novos sentidos; o *Tempo Vivido* considera o tempo

da socialização, ou seja, tudo aquilo que é aprendido e produzido, criando narrativas a partir da interação que o sujeito vivenciou na família, escola, trabalho e outras instituições. Por fim, o *Tempo Curto* que se refere ao momento presentificado, isso quer dizer, é a possibilidade de criar sentidos na ocasião da interação dialógica, manifestando o Tempo Longo e Vivido ativados pela memória cultural.

4 **CONSTRUCIONISMO E CAMINHOS TEÓRICO-METODOLÓGICO**

4.1 O Construcionismo Social e as Práticas Discursivas

A discussão que este trabalho propõe, baseia-se na perspectiva teórica do Construcionismo Social. Buscou-se aqui construir um conhecimento por meio das Práticas Sociais e Produção de Sentidos no Cotidiano. Considera-se também os sujeitos como produto social, pois, como propõem Berger e Luckmann (1966) são três os conceitos principais que tornam os significados subjetivos em realidades objetivas. São eles; *tipificação*, que se refere a sociedade como um produto humano, ou seja, é na relação de interação com o outro que os esquemas tipificadores são aprendidos. A *institucionalização*, parte do entendimento que a sociedade é produto objetivo e a institucionalização cria tal objetividade. Por fim, a *objetividade*, que por sua vez é a forma como a realidade é observada pelos processos de socialização (Spink, 2013).

Segundo Spink (2010), já no ano de 1985, o autor Kenneth Gergen falava sobre um movimento Construcionista, pois, o campo do conhecimento já se movimentava inquietamente, refletindo sobre a forma como as pessoas descrevem e explicam o mundo. Dessa forma, uma das principais críticas referia-se ao representacionismo, que por sua vez, entende o conhecimento como um espelho do mundo, podendo descrever a realidade tal como ela é e sem a interferência do sujeito observador. Ainda segundo a autora, colocar-se em uma postura Construcionista é partir da compreensão de que são as relações entre os sujeitos numa sociedade que constrói o conhecimento. Sendo assim, não há algo que é apreendido do mundo e sim edificado pelas pessoas em relação.

Dessa forma, o Construcionismo Social desenvolve-se no campo da Psicologia Social contrapondo antigos modelos tradicionais e cristalizados de investigação das ciências. Entre os autores existe uma diversidade de compreensão. Sendo assim, essa perspectiva não tem uma definição única (Rasera; Guanares; Japur, 2004). Entretanto, os diferentes pressupostos elaborados entre os autores, proporcionaram encontrar pontos de divergências em relação a outras perspectivas e pontos de concordância entre si, possibilitando sempre um movimento de reflexão e crítica sobre o campo epistemológico e ontológico.

As contribuições de Ibáñes (1994 *apud* Spink, 2010), ampliam as discussões e fundamenta teoricamente o entendimento sobre o que é o Construcionismo. Referente

a isso, o autor salienta a necessidade de desconstruir a concepção dicotômica entre sujeito e objeto. Nesse sentido, não existem objetos independentes do sujeito, muito menos essencialmente naturais. As coisas são porque estão em relação com o sujeito e vice-versa. Ambos são construídos socialmente a partir de práticas de um determinado tempo histórico**.**

Dessa forma, o Construcionismo ainda evidencia a necessidade de desconstruir a ideia de conhecimento verdadeiro e transcendental. Se nada é dado naturalmente ou essencialmente e sujeito-objeto cria-se em uma relação, o conhecimento produzido socialmente também é resultado de concepções humanas, ou seja, relações, instituições e acordos sociais. A exemplo disso,

> Uma determinada entidade se torna uma cadeira quando a nomeamos como tal, quando determinamos que ela serve para que possamos nos sentar, quando sabemos que, se subirmos em cima dela, poderemos alcançar coisas que estão no topo de um armário, quando a usamos para decorar etc. Ou seja, a cadeira é real, mas é real porque assim a fizemos ser: nós a vemos, a usamos, a nomeamos (Cordeiro *et al*., 2023, p.18).

Portanto, o desenvolvimento do conhecimento é marcado por uma especificidade cultural construída pelas formas de dizê-lo e influenciado pelas significações. Bem como os acordos e negociações duráveis no tempo. Dessa maneira, as formas de descrever o mundo e produzir explicações sobre ele estão de acordo com os sentidos atribuídos. Isso permite que os saberes possam ser refletidos e modificados constantemente (Rasera; Guanaes; Japur, 2004).

Considerando então o sujeito e objeto como construções sociais e históricas, cabe a compreensão de que a mesma pode ser problematizada e desconstruída. A desconstrução, nesse sentido, é a abertura de espaços para novas criações de sentidos. Dessa forma, Spink (2010) coloca que os sujeitos apreendem os objetos a partir das criações sociais de categorias, convenções e práticas, bem como, todo processo de objetivação.

Dessa forma, por meio das relações sociais os sujeitos dão sentidos ao mundo no processo dialógico e por meio da linguagem pois,

> O sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta (Spink; Medrado 2013, p.1).

As interações do cotidiano permitem compreender as relações sociais e suas construções. Conforme discute Spink (2010) é na interanimação dialógica, ou seja, na dinâmica dos enunciados que se percebe as trocas simbólicas pois, àquilo que uma pessoa enuncia está sempre em contato, ou é direcionado para uma ou mais pessoas. Sobre isso, a autora afirma que segundo a visão de Bakthtin (1994 *apud* Spink, 2014, p. 254) a interanimação dialógica é: "[...] é a dialogia que se dá na interação entre as pessoas que, ao conversarem sobre algum assunto, expressam suas ideias, opiniam, depõem, argumentam e contra-argumentam." Assim, os enunciados são atravessados por diferentes vozes mesmo quando é interno ao sujeito.

As Práticas Discursivas, dentro da perspectiva Construcionista, são trabalhadas a partir de três dimensões básicas: a linguagem, história e pessoa. A linguagem pode referir-se ao discurso das prescrições e regras linguísticas institucionalizadas e de sistemas de sinais de tipo linguístico, ou ainda, ser uma linguagem em uso, que se refere, pois, aos discursos polissêmicos que na ruptura com o habitual produz novos olhares e sentidos. Ainda como discute Spink (2010), às práticas discursivas diferem do discurso em si por proporcionar o uso de uma linguagem ativa que propõe ressignificação e ruptura de produção de sentidos.

Já o conceito de tempo e história pretende contextualizar os discursos dentro do *tempo longo*, referentes a cultura e o processo de civilização, o *tempo vivido* onde considera a linguagem aprendida socialmente e o *tempo curto*, ou seja, o tempo marcado pelos processos dialógicos. Assim, considerando esses contextos, pode-se trabalhar as práticas discursivas em diversos níveis. Além disso, o conceito de pessoa, nessa perspectiva, refere-se ao ser em relação social, dentro dos processos dialógicos referidos anteriormente.

Nessa ótica, a linguagem ação, focada no contexto onde acontecem as trocas de interação social, está vinculada também a ideia de *repertórios linguístico*, quer dizer, os conteúdos das *práticas discursivas* são fluidos e contextuais, mudando de acordo com as interações dialógicas. Ou seja, as expressões também são produtos do lugar, do modo e da pessoa da comunicação. Logo, vale considerar ainda o posicionamento dos discursos onde as pessoas assumem lugares diferentes a todo momento, isso também é resultado da interação social aqui estudada.

A possibilidade de recriar discursos sobre a velhice, negociar novas formas de subjetividade e traçar caminhos com projetos e afetos, junto a interação de outros sujeitos, propicia um envelhecimento dotado de sentidos. Além disso, o trabalho de

linguagem em grupo demonstra-se eficiente na promoção de saúde e bem estar (Lourenço; Marci, 2016).

Por fim, diante do enfrentamento de doenças, o indivíduo depara-se com a necessidade de apoio familiar e social. A estigmatização é uma das barreiras encontradas no processo saúde-doença, pois ocasionam retraimento, isolamento, vergonha, etc. Esses fatores contribuem para a diminuição da qualidade de vida e aumento da ansiedade e sintomas depressivos. Segundo Goffman (1821), a sociedade estabelece formas de categorias sociais a partir dos atributos por ela definidos, desconsiderando a totalidade do sujeito, reduzindo-as a um estigma que sobrepõe sobre a pessoa, alterando seu posicionamento em relação às práticas discursivas.

4.2 Caminhos Metodológicos

Este trabalho trata de uma pesquisa orientada pela perspectiva qualitativa, que por sua vez, tem como principal característica aprofundar-se nos significados e ações humanas como valores, crenças e aspirações. Dessa forma, possibilita que o pesquisador entre em contato com a dinamicidade da realidade que não pode ter sua complexidade reduzida (Minayo, 2004). Já os estudos de campo são tradicionalmente conhecidos pela inserção do pesquisador no espaço físico onde a pesquisa é realizada. Isso quer dizer que, o trabalho é desenvolvido a partir do contato com os sujeitos em um lugar específico e fora dele, o pesquisar deixa de estar em campo.

Para Gil (2002), a partir desse estudo é possível aprofundar-se nas características e variáveis da população estudada por meio da observação direta, sendo ainda permitido flexibilidade diante de possíveis mudanças ao longo da pesquisa. Entretanto, ao considerar o “campo” como um conjunto de produções sociais, é necessário ampliar o conceito. Dessa forma,

> Campo é o campo do tema, o campo-tema; não é o lugar onde o tema pode ser visto como se fosse um animal no zoológico, mas são as redes de causalidade intersubjetiva que se interconectam em vozes, lugares e momentos diferentes, que não são necessariamente conhecidos uns dos outros. (Spink, 2003, p 36)

Dessa forma, o campo-tema aqui proposto iniciou-se antes mesmo da participação no grupo da pesquisa. Deu-se início junto com as reflexões e discussões

sobre o tema, ou seja, a partir do vínculo das pesquisadoras com a temática. Sendo assim, para as discussões deste trabalho considera-se a compreensão de *campo-tema* como defende Spink (2003), o campo dentro da discussão do Construcionismo, deixa de ser um lugar no espaço a ser observado para ser compreendido como uma situação ou assunto onde o pesquisador já se insere no momento em que escolhe o tema da pesquisa. Assim, onde existe um argumento a desenvolver debates e saberes, existe também parte do *campo tema*.

A busca de informações da presente pesquisa foi realizada a partir da observação participante. Essa técnica, segundo Neto (2004), possibilita a inserção do pesquisador no cotidiano do grupo estudado por meio da observação das atividades do dia-a-dia, podendo, então, captar as situações ou fenômenos que não residem diretamente nas perguntas, mas sim na realidade onde o pesquisador e grupo estão inseridos.

Dessa forma, a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) com o CAAE 69478923.9.0000.5013. Assim, para o registro das informações, foi produzido um diário de campo, documentando as percepções, informações e inquietações suscitadas durante os encontros. Somado a isso, foi utilizado a forma de gravação de áudio para registrar as falas dos participantes durante as intervenções realizadas nos encontros.

De modo a gerar um ambiente facilitador para a coleta de dados da pesquisa, foi utilizado as técnicas do Grupo Operativo, proposto por Pichon- Rivière. Segundo o autor, os Grupos Operativos tem seu foco voltado para a tarefa. Nesse sentido, o vínculo fundamental acontece pelo fato de os integrantes estarem voltados para a realização de uma atividade. Além disso, considera-se dois aspectos importantes dentro das atividades, o manifesto, explícito e o implícito, ou latente que tem como finalidade tornar consciente os processos inconscientes (Rivière, 2005).

A discussão da pesquisa, bem como a análise dos dados coletados, foi orientada a partir da análise das Práticas Discursivas, pois a mesma considera o sentido como uma construção social, coletiva e interativa (Spink, 2010). Nesse sentido, buscou-se alcançar os objetivos da pesquisa por meio da abordagem teórica Construcionista, que por sua vez adota uma perspectiva de conhecimento em que as pessoas constroem juntas, podendo assim socializar o conhecimento por meio das práticas sociais, ou seja, por aquilo que é produzido pelo próprio sujeito e não apreendido do mundo (Spink, 2010).

Dentro da perspectiva Construcionista, Spink (2010) discute, a partir de Thomas Ibãnes (1994), que é necessário desconstruir a dicotomia sujeito-objeto, pois ambos são construções sociais, sendo assim, não existe objeto sem o sujeito nem o sujeito existe fora da relação com os objetos por ele criado. Dessa forma, o conhecimento produzido a partir da abordagem Construcionista não pretende representar a realidade, mas sim compreender as produções sociais de modo ainda a desnaturaliza-las dentro das relações sociais.

De modo a preservar o contexto em que as falas aconteceram, foram realizadas gravações em áudios e os discursos dos participantes da pesquisa foram organizados por meio de mapas. Esse instrumento de análise foi proposto por Spink (2010), com o objetivo de preservar a interação dialógica dos conteúdos discursivos. Nesse sentido, o mapa compreende um quadro com colunas descritas de acordo com temáticas discutidas durante a intervenção. No entanto, as temáticas são definidas a partir do material discursivo e não antes. Os mapas, por sua vez, possibilitam que a dinamicidade da pesquisa, seja registrada e analisada a partir da sua orientação.

Outro instrumento utilizado foi a transcrição sequencial. Ainda proposta por Spink (2010), esse instrumento permite compreender a dinâmica das trocas discursivas. Nesse sentido, a transcrição é feita ouvindo a gravação realizada no campo. Assim, é realizada uma síntese da fala de cada interlocutor para construir as temáticas do mapa. Conforme propõe Spink (2010) os mapas permitem entender a diversidade do contexto onde surge a fala. É construída partir de uma tabela com colunas definidas por temáticas que embora reflita o roteiro da entrevista, não é pré definida e busca preservar o contexto interativo.

4.3 Caracterização do cenário e participantes da pesquisa

A Instituição em que a pesquisa foi realizada, fica localizada no município de Arapiraca, que por sua vez, está localizada no Agreste Alagoano, sendo ainda, pertencente à Região Metropolitana do Agreste. A referida Instituição atende não só a população de cidade de Arapiraca, como também mais de 17 municípios e macrorregião, no total os atendimentos englobam 48 cidades do Estado de Alagoas.

A mesma tem como objetivo criar ações para melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência. Assim, os serviços são voltados para o campo físico, intelectual e visual. Além disso, a equipe multiprofissional de trabalho é composta por

psicóloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicopedagoga, fonoaudiólogas, assistentes sociais, enfermeira e os médicos: neurologista, oftalmologista, clínica geral, pediatra e ortopedista. Desse modo, a Instituição é considerada um CER III, ou seja, é um Centros Especializados de Reabilitação com três modalidades de atendimento.

O grupo surgiu a partir da necessidade de criar um ambiente de interação entre pessoas idosas com a Doença de Parkinson atendidos pela Instituição. Inicialmente, os pacientes eram atendidos de forma individual conforme as necessidades da sua reabilitação. Assim também acontecia com os atendimentos psicológicos e eventualmente realizava-se atividades em duplas junto com o acompanhamento da terapeuta ocupacional.

Conforme as falas trazidas pelos familiares e pacientes da instituição no momento do Projeto Terapêutico Singular foi possível identificar que os pacientes apresentavam demandas relacionadas a saúde mental, em comum. A exemplo disso: tristeza, ansiedade, angústias, isolamento social, entre outros. Em 2017, as profissionais das áreas de Psicologia e Terapia Ocupacional realizaram o I Encontro de Pacientes com Parkinson, na instituição. O encontro teve a participação da médica neurologista, da psicóloga e da terapeuta ocupacional, bem como, dos pacientes e familiares atendidos pela instituição. Assim, a partir dessa experiência foi possível observar que o grupo poderia contribuir de forma positiva para os resultados nos atendimentos. Desde então, os grupos passaram a acontecer semanalmente (Neta; Melo, 2023).

Foram incluídos na pesquisa dez idosos, sendo cinco homens e cinco mulheres, com idade entre 60 e 85 anos de idade. Sendo assim, a prática grupal foi articulada entre intervenções e observações de modo a direcionar a pesquisa. A abordagem aos participantes para apresentar a proposta de pesquisa aconteceu de modo individual, dentro da própria Instituição, em dia comum de atendimento.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética por meio da Plataforma Brasil. O estudo se deu mediante a aprovação dos sujeitos envolvidos na pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, assim como, da aprovação da Instituição por meio do Termo de Anuência assinado pelo responsável legal da Instituição.

Os participantes foram informados sobre a garantia da preservação de suas identidades e sigilo das informações coletadas durante a pesquisa. Assim sendo, o

diário de campo e audiogravações ficam sob a responsabilidade da pesquisadora, sendo garantido também o sigilo das informações nelas contidas. Por fim, quando os dados forem apresentados em qualquer tipo de trabalho científico, será preservado o anonimato dos participantes.

Os Critérios de inclusão na participação da pesquisa foram: ser integrante do grupo, possuir diagnóstico de Parkinson ou Parkinsonismo e aceitar participar da pesquisa por meio da compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Sobre os critérios de exclusão na participação da pesquisa: possuir algum déficit que impossibilite a compreensão das escalas a serem avaliadas ou que impossibilite a resposta das perguntas na intervenção.

O grupo foi escolhido a partir do contato com a Instituição e a psicóloga responsável pelo setor, durante o período de estágio básico I e II do curso de Psicologia. Durante esse período, percebeu-se a necessidade de ampliar a discussão sobre a temática, pois poucos foram os artigos e pesquisas encontrados sobre a população descrita no estudo. Nesse sentido, os encontros com o grupo e visita a Instituição foram realizados semanalmente, na terça feira. Assim, foi utilizado a proposta de atividade dos grupos operativos com o objetivo de coletar parte dos dados da pesquisa, além de registrar os encontros através do diário de campo e audiogravação. Por fim, buscou-se ainda, seguir as seguintes etapas:

Na primeira etapa, foi realizado o levantamento bibliográfico dos temas que abordam os aspectos históricos do envelhecimento, Doença de Parkinson, a prevalência da Depressão em indivíduos com a Doença de Parkinson, Teorias de grupos e Práticas Discursivas na perspectiva Construcionista. Para este levantamento foi realizado pesquisa em livros de referência nos assuntos, dissertações, além de artigos encontrados em bibliotecas virtuais de saúde BVS, BVS Ministério da Saúde, Scielo e Biblioteca digital de teses e dissertações - USP.

A segunda etapa consistiu na apresentação do projeto para a instituição. Após a aprovação desse projeto pelo Comitê de Ética, em Pesquisa foi realizado o convite para os integrantes do grupo por meio de uma visita presencial. Assim, foi apresentado também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde a pesquisadora esteve disponível para esclarecer quaisquer dúvidas sobre a participação na pesquisa. Além disso, foi conversado com a psicóloga responsável pelo grupo, discutindo sobre a melhor forma de realização da pesquisa, de acordo com o calendário já organizado pela própria equipe de trabalho.

A realização da quarta etapa se deu de duas formas; quatro encontros foram para acompanhar as atividades já estabelecidas pela equipe de trabalho da Instituição, assim, esse momento possibilitou uma compreensão dos procedimentos rotineiros e necessários para o acompanhamento dos pacientes no que se refere a equipe multiprofissional, além de possibilitar um contato com os instrumentos de avaliação utilizados pela psicóloga. Somado a isso, foram realizados mais quatro encontros de temáticas elaboradas pela pesquisadora.

A quinta etapa consistiu na análise de dados e articulação teórica, tendo como foco responder os objetivos da pesquisa. Para tanto, foram utilizados os registros do diário de campo e os resultados da pesquisa bibliográfica e sistemática. Já na quinta etapa foram apresentados os resultados e discussões.

Em conclusão, o estudo foi norteado pela abordagem de pesquisa qualitativa, pois a mesma possibilita um contato dinâmico com o grupo estudado. Além disso, encaixa-se no tipo descritivo por meio da observação participante. A coleta de informações se deu a partir das técnicas de grupos operativos, sendo proposto atividades e foram registrados por meio do diário de campo e audiogravação. Por fim, os dados foram analisados a partir do método Análise do Discurso.

5 **A PRODUÇÃO DE SENTIDOS NO CONTEXTO DE GRUPOTERAPIA**

Este capítulo apresenta as falas dos participantes da pesquisa e discute o impacto do grupo terapêutico no cuidado com a saúde mental de pacientes idosos com a Doença de Parkinson em acompanhamento no Centro Especializado em Reabilitação. Por meio das Práticas Discursivas, buscou-se compreender os sentidos e significados que os participantes atribuem ao grupo. Para tanto, foram criados *mapas dialógicos* para preservar as falas dentro do seu contexto, a partir de então, surgiram quatro categorias de análise conforme os repertórios linguísticos utilizados pelos integrantes: A Doença de Parkinson para o/a Idoso/a; O significado do grupo para o participante e a relação com a saúde mental; Instrumentos para o Enfrentamento da Doença; O idoso com Parkinson na sociedade.

As informações apresentadas são referentes a dez pacientes idosos/as com a Doença de Parkinson, sendo cinco homens e cinco mulheres. A idade dos/as entrevistados variou entre 61 e 82 anos, com média de 69, 88 anos. Em relação à queixa central trazida pelos participantes destacam-se a ansiedade, depressão, oscilação de humor e dificuldades nas adaptações referentes às atividades de vida diária. Observou-se ainda que os integrantes do sexo masculino são acompanhados até a instituição com suas respectivas esposas, enquanto as participantes do sexo feminino são acompanhadas por filhos ou cuidadores profissionais.

Pode-se destacar ainda que em relação às AVDs as pessoas desta pesquisa apresentaram comprometimento de leve a moderado. Quando estão na fase *On*, ou seja, no pico de ação da medicação utilizada, possuem maior autonomia para falar, caminhar e interagir com o grupo. No entanto, quando estão na fase Off, que se refere ao período reduzido ou final do ciclo da medicação, os pacientes tornam a sentir os sintomas da doença, necessitando de maior apoio dos familiares, cuidadores e profissionais da instituição.

As categorias a seguir apresentam as falas considerando o contexto em que acontecem: **A doença de Parkinson para o Idoso** destaca as negociações de sentidos realizadas para lidar com a patologia e a experiência subjetiva do sujeito em relação a doença, bem como, seus repertórios linguísticos para descreve-la. Já em **O significado do grupo para o participante e a relação com a saúde mental** é evidenciado a importância de conviver com os pares e expõe como tal convivência atravessa a saúde mental do participante. Em **O idoso com Parkinson na sociedade**

discute-se os estigmas impostos aos participantes e a visibilidade e inclusão que eles aspiram. Por fim, em **Instrumentos de Enfrentamento da doença** discute-se os recursos emocionais individuais e coletivos para enfrentar a doença no cotidiano, a importância da família e rede de apoio no processo saúde-doença e a fé como elemento que sugere força e esperança entre os participantes.

5.1 A Doença de Parkinson para o Idoso

Todo e qualquer diagnóstico não deve ser tido como uma sentença, mas sim como um norte para o indivíduo e sua família. Nas expressões e nos conjuntos de sentidos fornecidos pelos idosos no decorrer dos encontros, foi possível identificar a forma como cada um percebe a Doença de Parkinson e o modo como se permite viver e existir para além dela. O trecho da entrevista oferece insights valiosos sobre as experiências vividas por esses indivíduos e como eles interpretam sua condição sob a ótica dos conceitos teóricos do construcionismo social. Colocar-se em uma postura construcionista é partir da compreensão de que são as relações entre os sujeitos que constroem o conhecimento (Spink, 2010). Diante das falas, vale destacar que a DP é uma doença que necessita de muitos cuidados, mas que não deve ser tida como uma condenação na vida do sujeito.

> **P2h:** É que essa doença é imprevisível, todo dia acontece uma coisa. O cérebro capta uma coisa diferente.
>
> **P1h:** Isso aqui é…parte da vida da gente, e a gente tem que aprender a viver com isso, foi uma coisa que gerou na gente e a gente tem que aprender a viver com isso e não ligar para as pessoas que criticam, mangam né, fazem bullying como diz o outro, então pra mim, é isso aqui.

As percepções e interpretações dos entrevistados sobre a doença de Parkinson são moldadas pelas interações sociais e construções de significado compartilhadas na sociedade (Spink, 2010). O discurso mostra a imprevisibilidade decorrente da doença, ou seja, é a partir da manifestação cotidiana desta condição que o sujeito aprende a lidar com ela. Sob a perspectiva do construcionismo social, essa imprevisibilidade pode ser interpretada como resultado da interação dinâmica entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, que moldam a experiência individual da doença.

Dessa forma, fica evidente a importância da tomada de consciência acerca dos sintomas, tratamentos e limitações impostas pela Doença de Parkinson. O trecho da entrevista, possibilita observar como o entrevistado constrói significados em torno da doença de Parkinson. Ele enfatiza a necessidade de aceitação e adaptação, enquanto rejeita as críticas e o bullying externos. Sob a ótica do construcionismo social, essa atitude pode ser vista como uma forma de resistência às normas sociais negativas associadas à doença, e uma reafirmação do controle sobre a própria narrativa e identidade frente à adversidade.

Essa abordagem destaca como os sentidos individuais atribuídos a doença de Parkinson são influenciadas por construções sociais de significado e práticas discursivas que moldam as percepções e respostas dos indivíduos dentro de um contexto social mais amplo que podem sofrer constante modificações (Rosera; Guanares; Japur, 2004). Fica manifesto ainda que os participantes reconhecem e valorizam as pequenas conquistas no decorrer do desenvolvimento da patologia e que a tomada de consciência sobre a doença contribui para o sujeito pensar sobre o que pode esperar da mesma.

> **P4h:** Cheguei de cadeira de rodas sem conseguir escrever e hoje estou aqui, ando pra lá e pra cá. Nunca levei queda, já levei alguns tombos em casa, aqui mesmo já cheguei muitos dias com as pernas inchadas, saí daqui com 3 dias parar no hospital internado como a última vez, mas estamos aqui, me sinto feliz e vejo que nossos amigos que chegaram piores estão melhores hoje. Fico ansioso, cansado, dá uma emoção, uma vontade de chorar e como dizem “chore”
>
> **P2h:** Tem coisa que a gente tem vontade de fazer que a gente conseguia fazer antes que hoje eu me conformo que eu fazia antes, mas hoje não posso fazer (...)
>
> **P3m:** (...), mas a gente tem que saber que é uma doença que você não vai ficar bom. O que traz tristeza é isso, a pessoa saber que nunca vai ficar bom. Quando o primeiro médico disse isso a mim, eu fiquei com tanta raiva que não voltei mais pra ele.

Os conceitos do construcionismo social permeiam as narrativas dos pacientes com Parkinson, destacando a dinâmica da construção da identidade, da negociação de significado e da interação social. Como é destacado por Spink (2010), os indivíduos ensinam uns aos outros a darem espaços para novas criações de sentidos. O recorte da narrativa reflete a construção dinâmica da identidade do paciente com Parkinson ao longo do tempo. É descrito sua jornada desde a chegada de cadeira de rodas até

sua atual capacidade de andar, evidenciando como sua identidade e autoimagem foram influenciadas por essas mudanças físicas e emocionais.

Enquanto isso, outro entrevistado reflete sobre o processo de negociação de significado ao adaptar-se às novas limitações impostas pela doença, sugerindo uma revisão das expectativas e habilidades anteriores. Além disso, a narrativa de P3m destaca os impactos emocionais do diagnóstico e a luta contra o estigma associado à doença, exemplificando o processo de aceitação e reconstrução de significado enfrentado pelo paciente.

Por fim, as interações entre os pacientes e seus amigos ressaltam a importância do apoio social na construção da identidade e na adaptação às mudanças impostas pela doença, o diálogo construído no grupo se apresenta de modo eficiente na promoção de saúde (Lourenço; Marci, 2016). Essas narrativas evidenciam como as experiências individuais dos pacientes com Parkinson são moldadas por interações sociais, construções de significado compartilhadas e dinâmicas de poder, destacando a complexidade e a riqueza das interações sociais na vivência da condição.

Desse modo, o repertório linguístico apresenta uma luta interna em busca de dar continuidade a vida, seus afazeres e momentos de bem estar. Destacando a progressividade da doença que por consequência afeta a autonomia e independência do sujeito, condições fundamentais para a qualidade de vida.

> **P4m:** Olha eu fiz um feijão pra mim e para os meus filhos. Uma panela de 5 litros. Vou tomar meu banho, visto minha roupa… tem dia que ninguém diz que eu tenho esse problema! Outro dia tô que não aguento nada, não sei o que é isso. Uma hora tá bem, outra não.
>
> **P1m:** Logo quando eu adoeci, eu fiquei de um jeito que eu não varria uma casa. Hoje eu lavo, passo pano eu limpo
>
> **P1h:** Eu tive, esses momentos também, eu me isolei, mas graças a Deus, disse “sai daí, rapaz, sai desse banco, sai desse quarto.”
>
> **P1h:** Hoje em dia eu levo o Parkinson como se eu tivesse uma bobagem. É claro que eu quero ficar melhor, eu já fui até para a fila da cirurgia, porque eu quero ficar melhor, não quero ficar assim.

As limitações impostas pela patologia desencadeiam reações emocionais que quando não cuidadas, tornam-se fatores de risco para o idoso. No contexto do construcionismo social (Spink, 2010), a análise do trecho da entrevista revela a complexidade das experiências individuais desses pacientes, destacando a influência das interações sociais, das normas culturais e das narrativas compartilhadas na

construção da identidade e na vivência da doença. A narrativa dos pacientes reflete a dinâmica da negociação de significado, evidenciando como suas percepções e respostas são moldadas pelas interações sociais e pelas expectativas dos outros.

Por meio dessas narrativas, é possível compreender não apenas os desafios enfrentados pelos pacientes, mas também as estratégias de enfrentamento, resiliência e reconstrução de significados que surgem no contexto da doença. Assim, a análise construcionista dessas narrativas oferece *insights* valiosos para uma compreensão mais profunda da experiência da doença de Parkinson e destaca a importância de abordagens sensíveis ao contexto social na assistência e no apoio a esses pacientes. Os termos “ansiedade”, “sofrimento” e “angústia” foram utilizados para nomear como os integrantes se sentem diante das manifestações da doença e das dificuldades nas atividades de vida diária (AVDs).

> **P1h:** É, ela degenera o caminhar. Eu sofro muito com isso, com caminhar.
>
> **P3m**: Ela deixa a pessoa com uma angústia sem fim.
>
> **P4m:** Tem dia que nem a comida não entra.

A fala a seguir expressa o quanto outras comorbidades podem estar presentes. O paciente está constantemente reavaliando o significado de sua condição de saúde e suas experiências emocionais, muitas vezes, a ansiedade sobrepõe-se aos sintomas da doença de Parkinson, tomando uma grande amplitude na vida do indivíduo. A intervenção psicológica é de fundamental importância junto a equipe multiprofissional que compõe o tratamento pois o alívio dos sintomas ansiosos possibilita melhores respostas no cuidado integral do/a idoso/a.

> **P1h:** Tem hora que eu penso que não tenho Parkinson porque eu sofro mais de ansiedade do que de Parkinson. Sou ansioso para fazer as coisas e não quero que ninguém faça para mim. Às vezes tem um negócio para pegar lá em cima. Eu vou pegar a escada, estou lá já em cima ajeitando, aí diz “tu tá doido! Tu cai” As vezes eu penso que não tenho Parkinson, que meu caso é ansiedade. Ela me toma totalmente.

É possível identificar a complexidade da construção da identidade em relação à doença sinalizando a influência de suas percepções e emoções. Chama atenção também, a forma como são descritas as experiências por meio de práticas discursivas que remetem às percepções individuais de baixa autoestima, vergonha, sentimento

de inferioridade e incapacidade por não conseguir realizar atividades que antes eram feitas sem dificuldades, mas também normas sociais interligadas a DP. Percebe-se que o olhar do outro sobre o indivíduo é considerado na avaliação da própria autoestima, fato que tem relação direta com a forma como o idoso se reconhece e se coloca no mundo, entretanto, mesmo diante das limitações e características próprias da patologia a participante consegue definir-se para além da mesma.

> **P2m:** Eu não tava saindo porque eu tava me achando cadavérica. Eu não estava indo porque eu achava que o povo ficava olhando para mim.
>
> **P2m:** Eu sou “alegria”, apesar de eu chorar, sou uma pessoa alegre.

É perceptível que o idoso constrói narrativas pessoais e sociais sobre sua condição, destacando a dualidade de sentimentos entre tristeza e alegria. Essas narrativas refletem tanto suas experiências individuais quanto as influências das narrativas culturais e sociais sobre saúde, doença e bem-estar.

5.2 O significado do grupo para o participante e a relação com a saúde mental

Para Silberman *et al.* (2004) a depressão é um fator de risco na Doença de Parkinson, pois contribui para o déficit cognitivo, declínio na realização das atividades de vida diárias e isolamento social. Sem a manutenção desses aspectos da vida do sujeito, a qualidade de vida fica comprometida levando a uma piora no quadro da doença e sobrecarga para os cuidadores, familiares e sistema de saúde.

> **P4h:** Já tive início de depressão. Já consegui me livrar, era pra ter tido uma depressão muito forte e ter arriado de vez, mas não, sai lutando, lutando e as meninas me ajudando aqui e tô aqui até hoje contando história.

Zimerman (1993) destaca que o ser humano é gregário por natureza, passando por diversos grupos ao longo da vida. Assim, na velhice ele possui condições internas e até mesmo necessidade de estar em grupo. Quando se forma o vínculo e o ambiente oferece apoio, compreensão e liberdade, o sujeito pode desenvolver-se sadiamente. Essa relação fica explícita nas falas a seguir

> **P1m:** Só sei que gostei do grupo e representa amor e felicidade. Que é o que a gente quer: paz, amor... isso é que é bom e aqui eu encontrei no rostinho de cada um uma vontade de ser companheiro do outro.

> **P4h:** Porque cada um de vocês aqui representa um modelo de vida e é pra mim muito eficaz. Né! E por isso me dá a sustentabilidade de eu dizer o que é esse grupo pra mim. Eu acho difícil de dizer, mas só tem uma palavra: sou grato a cada um de vocês que representam uma história de vida na minha vida. Muito obrigado!

Foi possível identificar que a convivência entre os pares é um fator contributivo para o bem estar, qualidade de vida e saúde mental dos participantes. As trocas estabelecidas entre os integrantes possibilitam criar apoio mútuo, podendo ser generalizado para outros ambientes além da instituição.

> **P5h:** Quando você estiver preocupado dentro de casa, saia de casa e comece a amar as pessoas
>
> **P1h:** Tem três pontos quando você estiver preocupado. 1,2,3 um minuto em cada, preocupação desaparece.
>
> **P3h:** Vá cuidar das suas plantas, faça como eu, de manhã eu já tô tirando minhas plantas.
>
> **P5h:** Se anime meu amor, não se estresse, vamos se animar com fé em Deus. Mas chorar faz bem um pouquinho.
>
> **P2h:** Olha, o interessante é que a gente pode colocar isso em prática. A gente chega aqui aprende, sai melhor, mas a gente aprende coisa aqui que quando a gente chega em casa a gente lembra

Dessa forma, cria-se um espaço de aprendizagem que não vem só da equipe profissional que acompanha os pacientes, tão somente não se restringe aos protocolos de atendimento de cada setor, mas a partir do vínculo construído em um espaço onde as falas são valorizadas, surgem novas formas de ressignificar as experiências, promovendo saúde. Pode-se inferir também com as falas a seguir, que o contexto comum aos participantes gera o sentimento de pertencimento.

> **P1h:** A gente sente que não está só, que temos companheiros que passam pelos mesmos problemas que nós passamos e temos pessoas que nos ajudam a superar.
>
> **P2h:** A gente tem mais confiança, se sente mais seguro, por estar nesse grupo a gente se sente mais à vontade, sem dar aquela vergonha de dizer que tem Parkinson, como se fosse uma culpa
>
> **P1m:** Fico feliz em estar com meus amigos na nossa caminhada.

Quando indagados sobre a contribuição do grupo para a melhoria na saúde mental dos integrantes, mais uma vez os aprendizados e trocas foram evidenciados sugerindo que é na relação com o outro e nas trocas de informações que o bem estar acontece. Este cenário demonstra gerar um efeito terapêutico.

> **P1h:** A gente tem a presença de vocês, a gente troca uma ideia das situações da gente. às vezes uma situação de uma pode servir pra outra e sempre a gente tá combinando, o que você sente, o que você tá tomando, a gente troca esse tipo de ideia e é importante que a gente leva até pro médico. Por isso que eu gosto do grupo. A troca de informações é essencial e orientado por vocês é que a gente se torna maior
>
> **P1h:** Aprendi a contar até 100 quando tô aperreado
>
> **P1m:** Quando sai, sai feliz.
>
> **P5h:** Sai maneiro.
>
> **P5h:** Eu aprendi é que a gente tem que se esforçar e levar a vida com os amigos, com as pessoas que participam do Parkinson. Sempre que eu venho aqui eu saio mais leve e quando passa 2, 3 dias já tô sentindo falta.

Outro ponto a destacar é a relação com os profissionais que aparece reiteradamente permeada por afetos, permitindo adesão ao tratamento e possibilitando que a condução do mesmo seja eficaz. Foi evidenciado ainda, falas que remetem ao sentimento de dependência em relação ao serviço. Entretanto, não foi possível identificar referências diretas a Psicologia ou ao fazer do psicólogo/a. Dessa forma, os repertórios linguísticos referiam-se à Instituição ou ao nome do profissional presente.

> **P1h:** Vocês que conduz o tratamento da gente, vocês são super importantes para a gente
>
> **P3h:** Vocês são a nossa alegria, você acredita que quando eu não venho, tem dia que eu choro? Eu choro! Eu não me envergonho de dizer não, eu choro, sou muito emotivo, eu sinto a ausência de vocês e quando eu não venho aí eu olho pra foto de vocês.

Pode-se compreender que é a partir da interação de enunciados entre os sujeitos no cotidiano que a produção de sentidos acontece. Os discursos estão permeados por mudanças de vozes, ou seja, o interlocutor quando fala de si carrega outras vozes que estão dentro ou fora do grupo e que fazem parte das interações que

o sujeito vivenciou, sendo historicamente datada e culturalmente localizada (Spink, 2010).

> **P3h:** Eu quero só expressar o que eu sinto por vocês, o que o grupo sente por vocês, eu vou falar em nome do grupo. A beleza de vocês não está no seu olhar, não está na sua formosura exterior, sabe onde está a sua beleza? A beleza de vocês três, está no âmago no coração, no íntimo do coração, a beleza de vocês se expressam nos seus atos e a gente tem com que olhar pra vocês umas verdadeiras enviadas por Deus para cuidar de nós, vocês são anjos. Eu costumo dizer em casa a quem eu falo da Instituição, lá tem anjos e anjos quer dizer enviado, então vocês foram enviados por Deus para expressar essa beleza de vocês nos atos de vocês, essa paciência que vocês têm de ficar ouvindo cada um de nós, eu admiro vocês cuidar de nós, cuidar de véio não é brincadeira.

Por muitas vezes o grupo foi descrito pelos participantes como “família”. O convívio e as construções coletivas, assim como o apoio que é desenvolvido nesse contexto parece permitir que os integrantes signifiquem o grupo dessa forma,

> **P1m:** É a família.
>
> **P5h:** É uma família para todos nós
>
> **P1m:** Pra todos nós, né! Sem vocês nós não somos ninguém
>
> **P5h:** É. Não tem família melhor que nós quando estamos aqui.

Sendo assim, é possível considerar também a importância da família no processo de enfrentamento da doença. Quando os participantes se referem ao grupo e profissionais como uma “família” compreende-se que o sentido empregado é relacionado a suporte e companhia. Entretanto, ao falarem dos próprios familiares outros sentidos são expostos, demonstrando as faltas que a participação familiar traz ao longo da doença.

> **P3m:** Tem gente da minha família que tem mais de ano que não roda na minha casa e mora na mesma cidade
>
> **P5h**: A família às vezes o cara ta fazendo as coisas e ainda tão xingando dizendo “Faça o bem de não adoecer”, eu digo “e eu estou pedindo para adoecer?”

A família enquanto principais cuidadores podem contribuir no processo saúde doença de forma positiva quanto negativa, as diferentes estruturas familiares, bem como, as condições econômicas e psicológicas para lidar com a doença, são fatores

que interferem na participação dos mesmos. Diante de um diagnóstico e da convivência com a doença, os familiares podem unir-se ou não, ou seja, podem fortalecer ou enfraquecer os laços afetivos. Além disso, os cuidadores também enfrentam dificuldades, experimentando ambivalência afetiva (Peternela; Marcon, 2008).

> **P3m:** Você tem irmão que não parece nem irmão, que não se lembra que tem irmã na cidade… As vezes eu fico pensando assim: “meu Deus, por que é tão cruel assim?” E teve tempo quando eu estava mais sadia que ele adoecia e toda a noite eu ia lá saber dele
>
> **P3m:** Era difícil ele ligar, ele passava anos que não ligava. Aí quando era aniversário, os meninos diziam: “ligasse pra mamãe?” Aí ele dizia: “Não, vou ligar” Aí quando ele ligava dizia “Oi, minha velha” Aí eu dizia: “Agora você se lembrou que tem uma velha!”
>
> **P1h**: Seria mais forte se os familiares participassem das reuniões, porque é quem convive né? Às vezes a gente tá precisando de uma ajuda e o familiar não percebe. É bom que participe.
>
> **P3m:** Às vezes a família não dá conta da gente como elas fazem.

Pode-se compreender que as dificuldades dos familiares enquanto principais cuidadores também necessitam de atenção pois, as demandas de tarefas e cuidados são altas e muitas vezes a família necessita realizar diversas adaptações na própria vida e rotina, para dispor do cuidado com o outro. Conforme discute Farias *et al.,* (2019) é importante considerar as mudanças da dinâmica familiar que neste momento estão permeadas por perdas, adaptações e sofrimento, gerando a necessidade de desenvolver a resiliência como estratégia de enfrentamento.

Por outro lado, torna-se explícito que quando existe uma participação familiar permeada de afetividade, informação e compromisso com o cuidado, às pessoas com DP têm maiores recursos para enfrentar os desafios provenientes da doença. Quando os idosos com Parkinson continuam sendo inseridos nas atividades e decisões da família, sentem-se motivados a cuidar de si e continuar o ciclo de vida, como é percebido a seguir:

> **P1h:** Aí eu chamo o neto, me distraio, aí eu chego em casa tem uma mensagem, vovozinho estou lhe esperando para jogar bola. Aí eu chego e ele ta com a camisa do asa aí eu vou com a camisa do fluminense. Aí são essas coisas, que se você se entregar, se ele me chamar e eu falar “vou não” eu vou tá se entregando.

5.3 O idoso com Parkinson na sociedade

No contexto do processo de envelhecimento, influenciado por construtos sociais, lamentavelmente, persistem estigmas que associam a idade avançada à improdutividade, especialmente quando há o diagnóstico de doenças como o Parkinson. Ao longo das entrevistas, foi possível observar, nas narrativas dos/as participantes, os desafios tanto internos quanto externos que enfrentaram, especialmente no período inicial do diagnóstico, inclusive por parte dos profissionais de saúde:

> **P3m:** Quando eu fiz a primeira consulta (...) a primeira vez que ele me examinou, bateu nas minhas pernas e disse "a senhora fique sabendo que não fica boa não. Vai ficar paralítica! Vai andar na cadeira de rodas".

Nesse sentido, fica evidente o quanto boa parte da sociedade como um todo ainda é despreparada para lidar com determinadas questões, sem dúvidas a falta de esclarecimento e acolhimento marcaram a vida da participante de forma extremamente negativa. Em contrapartida, cabe a discussão da importância do preparo de todas as camadas da sociedade, desse modo, como é destacado por Wichmann *et al.,* (2013), a necessidade de representar os ciclos da vida e as realidades da velhice, argumentando que isso permite que os indivíduos se identifiquem com tais representações e, desse modo, extraiam lições valiosas para interpretar suas próprias experiências, ampliando sua compreensão sobre a vida e o mundo como um todo. Pode-se perceber o quanto o afeto ameniza todo sofrimento, como foi destacado pela mesma participante sua experiência positiva ao procurar outro profissional:

> **P3m:** Quando cheguei lá a Dra bem novinha, ela disse "Diga vó! Tudo bem?" Aquilo parece que se abriu uma coisa dentro de mim quando ela falou como se fosse uma filha... aí mandou eu me sentar ai ela começou a perguntar e eu contei a ela sobre o outro médico, aí ela disse "E ele é doido?"

Os desafios na busca de práticas que sejam capazes de reduzir preconceitos que permeiam o Parkinson são desafios diários daqueles que têm consciência que ali existe um idoso que possui vontades, limitações e enfrentamentos, e não um idoso com uma patologia crônica. As mudanças no imaginário social podem ocorrer por meio

de novas relações sociais no território (Nascimento; Leão, 2019). A forma como a sociedade encara os/as idosos/as refletem diretamente no modo como eles /elas se relacionam. O trecho pode ser interpretado, a partir de uma perspectiva construcionista, sobre a interação entre a paciente idosa e a médica jovem. A forma como a médica se dirige à paciente, chamando-a de "vó" e demonstrando uma abordagem familiar e acolhedora, exemplifica como as construções sociais, como os papéis familiares e as hierarquias de idade, influenciam as interações sociais. A reação da paciente, mencionando como se sentiu, evidencia a forma como essas construções sociais podem ter um impacto emocional e psicológico significativo:

> **P2h:** O que eu acho interessante, não acho que as pessoas manguem, né? Mas sentem como se fosse uma pena, né? Um dia disseram que o Djavan estava com Parkinson, né? A pessoa exclamou de uma forma negativa…, mas o que eu quero dizer, é assim, que a pessoa falou: “Rapaz, o Djavan tá com Parkinson?!” Como se tivesse culpa.
>
> **P1m:** A gente não faz por que quer né? a gente não treme porque quer né?

No decorrer da pesquisa, tornou-se evidente, o quanto a internalização do estigma afeta negativamente o processo de aceitação e enfrentamento, comprometendo a autoestima do idoso, afetando sua autonomia, trazendo sentimentos de angústia, raiva, incapacidade e solidão. Portanto, percebe-se ainda mais a importância dos grupos como instrumentos terapêuticos na vida dos idosos. O trecho a seguir ilustra como os construtos sociais moldam as percepções e interpretações das experiências individuais, especialmente no contexto da doença de Parkinson:

> **P1h:** Quando eu soube eu me isolei e sabe quem me curou? Eu conto essa história todo tempo, quem me curou foi a instituição.

Como citado anteriormente, as trocas possibilitadas pelos participantes do grupo contribuem de forma essencial com a forma como cada idoso se percebe e se posiciona perante a sociedade:

> **P1h:** É isso que eu brigo por todos nós, a gente tem que aparecer, a gente não pode se esconder, a gente tem que tá na rua tremendo ou não tremendo, andando devagar, mas a gente tem que ser incluso, nós fazemos parte da sociedade também, independente da gente ter Parkinson.
>
> **P1h:** É por isso que eu digo, a gente tem que aparecer, a gente faz parte do mundo, tem que aparecer, não importa se eu tô tremendo, se eu tô andando

> devagar, eu faço parte desse mundo, falo com todo mundo, quem achar que vai pegar Parkinson cumprimentando a minha mão, não me cumprimente, não tem problema nenhum, fale “OI”, mas eu cumprimento todo mundo falo com todo mundo.

O trecho destaca a importância da visibilidade e inclusão das pessoas com Parkinson na sociedade, mesmo enfrentando os desafios impostos pela doença. A afirmação da necessidade de se colocar perante o mundo, enfatiza a necessidade de reconhecimento e aceitação das pessoas com Parkinson como membros ativos da comunidade. Essa postura desafia os estigmas e preconceitos associados à doença, demonstrando uma busca por igualdade e integração social:

> **P1h:** Às vezes até na nossa própria cidade é difícil transitar nas calçadas, as pessoas tem dificuldade, precisa ter alguém para segurar nossa mão. Lá em casa quando dizem "Vamos pra tal canto" eu digo: "Vamos!". Gosto de ir para o campo, minha esposa diz "Você vai pra o campo hoje?" Eu digo: Vou sim, vou lá subo uma escada enorme, desço, termino, faço as entrevistas com os jogadores, volto para o programa dia de sábado... não me entrego porque eu tô vendo gente. Eles falam "e aí? tudo bem? tem um trabalho pra gente fazer, assim, assim e assim!" Eu faço. Pronto. Se disser "vamos sair?" Eu digo "Vamos!" Se disser "Vamos pra casa do meu filho tomar um banho de piscina!" Eu digo "vamos." Aí é que eu vou mesmo.

O pertencimento perante a sociedade reforça a noção construcionista de que a identidade e a experiência pessoal são construídas em interação com o ambiente social. A forma como os tremores e a bradicinesia são citados relatam o fato de que a pessoa com Parkinson rejeita a ideia de que seus sintomas devem determinar sua participação na sociedade, enfatizando sua agência e autonomia:

> **P2h:** Mas uma coisa eu digo a vocês, não deixe de ir para igreja não, eu vou para o supermercado, eu vou pra casa do meu neto, vou ver meu neto, vou jogar bola com meu neto, ontem eu fui assistir meu neto jogando bola. Pra mim não me interessa quem olha pra mim, que eu esteja tremendo, pra mim eu to no meu normal. Tem pessoas que me conhecem e vem falar comigo e diz ‘’como tu ta?’’, eu digo “tô bem”. Vá para igreja não tenha vergonha não.

Essa atitude desafia as construções sociais que marginalizam e excluem pessoas com condições médicas como a DP, e ressalta a importância de promover uma cultura de inclusão e respeito mútuo. Tal análise demonstra como o construcionismo social oferece uma abordagem para compreender e transformar as representações e práticas sociais em torno da doença e da diversidade humana.

5.4 Instrumentos para o Enfrentamento da Doença

O termo enfrentamento (coping) é utilizado para definir tudo aquilo que o sujeito utiliza como instrumento para lidar com os problemas apresentados pela vida, tais instrumentos podem ser aprendidos e são somados ao repertório subjetivo possibilitando sempre a criação de novos recursos para adaptar-se da melhor forma (Rocha; Ciosak, 2014).

Os participantes consideram que não realizar as atividades de vida diária, deixar de frequentar os lugares da cidade e cercear os encontros com o grupo é uma forma de se “entregar” à doença. Pode-se perceber no discurso a valorização da autonomia como modo de enfrentamento da mesma e que existir é estar em relação com o outro na sociedade.

> **P1h:** Eu digo a todos que chegam aqui e quando encontro. Não se entreguem, não se escondam, não vão pra dentro do quarto deitar em uma cama que não vai resolver. ÓH! eu semana retrasada viajei, daqui pra julho, agosto eu vou viajar de novo, eu não paro não, vou devagar, desço do ônibus devagar
>
> **P1h:** Não se entregue, não vá pra cama, não fique em casa presa não, que não resolve, tem que aparecer, conversar, tem pessoas que não sabem da doença a gente explica alguma coisa que a gente sabe que pode ajudar até um parente daquela pessoa. A gente tem que aparecer, nós fazemos parte do mundo
>
> **P4h:** Às vezes a gente não tem condições de fazer uma coisa, pelo menos eu. Mas eu gosto de enfrentar. Eu não gosto de me entregar. Às vezes, até que eu vejo que tem pessoas que ficam aborrecidas às vezes, que quer me ajudar, eu digo: “Não. Deixe que eu levanto” aí dou aquele pique e levanto. Não é que eu não queira que a pessoa me ajude, porque eu não quero incomodar ninguém. Quero tentar fazer só eu insisto em fazer só. Eu não quero chegar ao ponto de precisar, sei que pode ter sido até ignorância minha, mas é uma coisa que eu não quero me entregar. Eu não quero. Entendeu?

Mesmo com os impactos e comprometimentos que a Doença de Parkinson apresenta nas atividades de vida dos participantes, diante das falas a seguir, pode-se compreender que existe um exercício constante para enfrentar as dificuldades impostas pela doença. Manter-se ativo e autônomo são prioridades para os integrantes, entretanto, pedir ajuda apresenta-se ainda como um incômodo em relação ao familiar ou cuidador.

> **P4h:** Exatamente. Eu prefiro enfrentar, eu quero, quero fazer, eu quero. Às vezes, a esposa fica: “deixa que eu pego” Não, eu pego porque ainda posso pegar… Quando não puder pegar mais eu digo.

> **P1m:** Não gosto de estar pedindo. Fico abusada, minha neta fica muito brava. “E por que a senhora não pediu?” Digo ainda, só peço a Deus. Tenho que enfrentar que eu não sei se toda hora tenho quem faça. Aí, eu tenho que enfrentar.
>
> **P1m:** Eu ainda passo pano na casa.

Assim, no processo dialógico que acontece no grupo, nascem novos sentidos e posicionamentos diante da patologia. O conhecimento sobre a doença e a intervenção psicológica no processo de saúde-doença, possibilita que os indivíduos criem novos repertórios para se descrever e vivenciar a doença, como a seguir:

> **P3h:** Sou aquela pessoa que já superou a ausência, a tristeza, a saudade e a maldade do tempo, não sou melhor do que ninguém mas faço a diferença. Sou pouco pra uns e muito pra outros, é o suficiente para mim mesmo
>
> **P1m:** Me sinto feliz, antigamente eu tinha medo de dizer ao povo, mas quando cheguei aqui que as meninas começaram a me explicar, a me ajeitar, eu tô feliz.

A fé religiosa foi outro elemento evidenciado como um fator contributivo para o enfrentamento da doença. Ter uma crença em algo maior que o próprio sujeito aparece nas falas como impulsionador, refletindo no comportamento dos integrantes:

> **P4h:** Levantar a cabeça, né! E acreditar que Deus existe. Depois de Deus, tem as meninas pra nos ajudar.
>
> **P5m:** Não se entregar ao que é ruim, porque Jesus Cristo está sempre ao nosso lado. É ele quem protege todas as famílias.

Entre os discursos dos participantes é percebido que o elemento “fé” é utilizado também para dar apoio ao outro. Diante das trocas de experiências relacionados aos tempos difíceis, surge um discurso coletivo que coloca a crença em “Deus” como necessária para o enfrentamento. É comum ainda que no envelhecimento o discurso religioso esteja mais presente, isso fica mais evidente quando uma doença crônica está instalada. A crença nesse cenário torna-se contributivo para que o sujeito mantenha a esperança e suporte ao sofrimento (Teixeira; Lefèvre, 2007).

> **P1m:** Chore não mulher, tenha fé em Deus.
>
> **P5m**: Vamos esperar em Deus que fique melhor ainda do que tá.
>
> **P4m:** Tenha fé em Deus que a gente se reúne sempre pra ficar alegre.

> **P1h:** Eu converso com Deus todo dia.
>
> **P5h:** Tem que se lembrar do nosso pai.

O entendimento sobre a doença também é atravessado pela crença religiosa dos participantes. Na medida em que ressignificam o sofrimento causado pelas limitações impostas pela doença, os sujeitos também relacionam a sua condição a uma permissão divina. Da mesma forma, a fé também traz uma expectativa de cura:

> **P3m:** Eu tenho fé de ficar curado desse mal que eu tenho. Eu tenho muita fé. Porque ela degenera.
>
> **P1h:** A gente não enxergou, mas Deus estava pegando na sua mão.
>
> **P5h:** É assim mesmo, se Deus quer assim, fazer o que.

Rocha e Ciosak (2014) discutem que a espiritualidade se manifesta na vida humana de formas diferentes, trazendo possibilidades de ressignificação. A religião é uma das formas desta manifestação e pode trazer alívio e entendimento diante do sofrimento humano. Dessa forma, os profissionais de saúde devem se fazer valer desse recurso de enfrentamento para potencializar as respostas do indivíduo frente a vivência com uma doença crônica.

6 **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As discussões aqui realizadas buscaram articular os processos de envelhecimento junto à Doença de Parkinson, evidenciando ainda os efeitos do grupo terapêutico na saúde mental dos pacientes descritos, bem como compreendendo os sentidos e significados que os participantes atribuem ao grupo.

É importante ressaltar que foram encontrados poucos materiais científicos com essa temática, deixando evidente a necessidade da produção de pesquisas e debates sobre o assunto, visto que, a população idosa vem crescendo significativamente e sabe-se que com a crescente expectativa de vida surgem também maiores probabilidades de doenças crônicas. Dessa forma, a psicologia apresenta-se como uma ciência necessária no tratamento e intervenções desta população pois a mesma possibilita ampliar a visão sobre o sujeito e a produção da sua subjetividade. Os sentidos produzidos no contexto saúde-doença são essenciais para compreender melhores formas de tratamento, manutenção do bem estar e saúde mental e melhor qualidade de vida.

Chama a atenção das pesquisadoras que os repertórios linguísticos aqui expressos não trouxeram o papel da psicologia ou do fazer psicológico no contexto da terapia em grupo, entretanto, ficou evidente que o grupo e seus encontros contribuem significativamente na produção de saúde mental dos participantes, fato este, que reflete também o trabalho da psicologia nesse contexto. Sendo assim, é necessário ainda fortalecer o papel da profissão no cenário de reabilitação realizado nas Instituições públicas.

Assim, a pesquisa de campo qualitativa e as análises a partir das Práticas Discursivas, permitiu construir um conhecimento junto aos sentidos produzidos no cotidiano, já que a mesma considera o sujeito como um produto social, que existe em relação e expressa sua produção. Dessa forma, fica evidente que o grupo terapêutico potencializa a saúde mental dos idosos com a Doença de Parkinson possibilitando um espaço de encontros e trocas que muitas vezes não existe em outros lugares do cotidiano do sujeito. Assim, aliado ao tratamento farmacológico e multiprofissional, os grupos ampliam as possibilidades de trabalho dos profissionais de saúde.

Pode-se entender ainda que embora a Doença de Parkinson tenha características e manifestações próprias, cada indivíduo reage e vivencia ela de uma forma diferente. A compreensão sobre a doença, os recursos de enfrentamento,

condições econômicas e suporte familiar e social, interferem significativamente nesta experiência. Fica claro que os sentidos atribuídos à patologia são atravessados pelo Tempo Longo e Vivido dos sujeitos.

As aprendizagens que as pessoas da pesquisa relatam demonstram ainda que o desenvolvimento humano continua ao longo de toda vida, assim como discutido neste trabalho a partir do paradigma lifespan. O envelhecimento somado a uma doença crônica possui suas dificuldades, entretanto, não pode reduzir o sujeito a isso.

A família tem um papel destaque na construção de estratégias de enfrentamento e precisa ser cuidada assim como o próprio paciente. Pensar na qualidade de vida da rede de apoio do sujeito é também uma forma de potencializar as estratégias de enfrentamento. Percebe-se que existe uma necessidade de integrar os familiares no grupo terapêutico de modo a estender as aprendizagens e trocas fomentadas neste espaço.

Assim, vale recapitular que existem leis que garantem os direitos da pessoa idosa, destacando a autonomia, independência, dignidade e bem-estar. A exemplo disso é a Lei nº 10.741/2003 referente ao Estatuto da Pessoa Idosa e a Política Nacional do Idoso (PNI), na Lei nº 8.842/1994 discutidas neste trabalho.

Conclui-se com os resultados da pesquisa que existem distintas maneiras de lidar com o envelhecimento acompanhado de uma doença crônica e que as experiências produzem várias manifestações discursivas sobre o mesmo fenômeno. A Psicologia enquanto ciência e profissão, tem um papel fundamental nestas manifestações pois, é a partir do resgate da subjetividade do sujeito que novos sentidos são produzidos. Por fim, a discussão sobre o tema proposto na pesquisa não se esgota. São necessárias mais produções sobre o tema, de modo a contribuir com a comunidade acadêmica e sociedade como um todo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Thiago de; LOURENÇO, Maria Luiza. Reflexões: conceitos, estereótipos e mitos acerca da velhice. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, [S. l.], v. 6, n. 2, 2010. DOI: 10.5335/rbceh.2012.171. Disponível em: https://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/171. Acesso em: 27 ago. 2023.

BARRETO, João. Envelhecimento e qualidade de vida : o desafio actual. Sociologia: **Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, [S. l.], v. 15, 2017. Disponível em: https://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2393. Acesso em: 19 jan. 2024.

BASTOS, Alice Beatriz Barretto Izique. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicólogo informação**, São Paulo , v. 14, n. 14, p. 160-169, out. 2010 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092010000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 jan. 2024.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**: realidade incômoda. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970.

BORGES, Eliane *et al*. O envelhecimento populacional: um fenômeno mundial. *In*: DANTAS, Estélio Henrique Martins; SANTOS, César Augusto de Souza. (org). **Aspectos biopsicossociais do envelhecimento e a prevenção de quedas na terceira idade**. Santa Catarina: Unoesc, 2017. p.17-46:Disponível em: https://www.unoesc.edu.br/images/uploads/editora/Aspectos_Biopsicossociais_do_envelhecimento.pdf. Acesso em: 27 fev. 2023.

BOVOLENTA, Tânia Maria; FELÍCIO, André Carvalho. Parkinson's patients in the Brazilian Public Health Policy context. **Einstein**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 7–9, jul. 2016.

BRASIL. LEI Nº 8.842 de 04 de Janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1994. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em: 09 dez. 2023.

BRASIL. Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 5 jan. 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm. Acesso em: 09 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual**: Centro Especializado em Reabilitação - CER e oficinas ortopédicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

CABREIRA, Verônica; MASSANO, João. Doença de Parkinson; Revisão clínica e atualização. **Acta Médica Portuguesa**, v. 32, n. 10, p. 661-670, 2019.

CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 10., 2023, Campina Grande. **Anais** [...]. Campina Grande: Realize Editora, 2023.Tema: Grupo Viver Bem com Parkinson da ADFIMA- Um Relato de Experiência Interdisciplinar. Disponível em: https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/102235. Acesso em: 7 jan. 2024.

CORREIA, Maria das Graças da Silva *et al*. Doença de Parkinson: uma desordem neurodegenerativa. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - SERGIPE**, [S. l.], v. 1, n. 2, p. 57–65, 2013. Disponível em: https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/290. Acesso em: 26 jan. 2024.

FARIA, Larissa Jorge Ferreira de; LIMA, Priscilla Melo Ribeiro; PEREIRA-SILVA, Nara Liana. Resiliência familiar diante do diagnóstico da doença de Parkinson na velhice. **Pesquisas e práticas psicossociais**, São João del-Rei, v. 14, n. 1, p. 1-18, mar. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082019000100014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 jan. 2024.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeções da População**, IBGE, 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas SA., 2002.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2013.

KELLER, Suellen Bezerra Alves; PERUZZO, Juliane Feix. Paradigmas da Gerontologia: quando o envelhecimento humano se transforma em objeto de conhecimento. **Revista Kairós-Gerontologia**, [S. l.], v. 20, n. 3, p. 329–348, 2017. DOI: 10.23925/2176-901X.2017v20i3p329-348. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2176-901X.2017v20i3p329-348. Acesso em: 19 jan. 2024.

LADEIRA, Jaqueline dos Santos; MAIA, Brisa D'Louar Costa; GUIMARÃES, Andrea Carmen. Principais alterações anatômicas do processo de envelhecimento. *In*: DANTAS, Estélio Henrique Martin; SANTOS, César Augusto de Souza (org). **Aspectos biopsicossociais do envelhecimento e a prevenção de quedas na terceira idade**. Santa Catarina: Unoesc, 2017.p.47-70: Disponível em: https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/ppgpsi/ebooks/Aspectos_Biopsicossociais_do_envelhecimento.pdf. Acesso em: 27 fev. 2023.

LEANDRO-FRANÇA, Cristineide; MURTA, Sheila Giardini. Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. **Psicologia**: Ciência e Profissão, v. 34, n. 2, p. 318–329, abr. 2014.

LIMA, Alisson Menezes Araújo *et al*. Características clínicas e prevalência de sintomas depressivos em pacientes com a doença de Parkinson. **Revista Brasileira**

de Ciências do Envelhecimento Humano, [s. l.], v. 6, n. 2, 2010. DOI: 10.5335/rbceh.2012.201. Disponível em: https://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/201. Acesso em: 27 fev. 2023.

LOURENCO, Regina Célia Celebrone; MASSI, Giselle Aparecida de Athayde. Grupo operativo como espaço para atividades dialógicas junto a idosos. **Vínculo**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 13-23, 2016. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902016000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 fev. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social:** Teoria, Método e Criatividade. 23. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

NAVARRO-PETERNELLA, Fabiana Magalhães; MARCON, Sonia Silva. Qualidade de vida de indivíduos com Parkinson e sua relação com tempo de evolução e gravidade da doença. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 384-391, 2012. DOI: 10.1590/S0104-11692012000200023. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/48519. Acesso em: 27 fev. 2023.

NERI, Anita Liberalesso. O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. **Temas em psicologia**, Ribeirão Preto , v. 14, n. 1, p. 17-34, jun. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2006000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 maio. 2023.

ONU diz que número de pessoas com mais de 65 anos deve subir 46% até 2030. **ONU News**, Nova Iorque, 1 out. 2019. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2019/10/1689152. Acesso em: 27 fev. 2023.

OSÓRIO, Luiz Carlos. **Psicologia grupal**: Uma nova disciplina para o advento de uma era. Porto Alegre, Artmed, 2003.

PETERNELLA, Fabiana Magalhães Navarro; MARCON, Sonia Silva. Descobrindo a Doença de Parkinson: impacto para o parkinsoniano e seu familiar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 25-31, jan. 2009.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O Processo Grupal**. São Paulo: Martins Fontes. 2005.

ROCHA, Ana Carolina Albiero Leandro da; CIOSAK, Suely Itsuko. Doença crônica no idoso: espiritualidade e enfrentamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 92-98, 2014

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de** Psicologia, Campinas, v. 25, n. 4, p. 585 - 593, out. 2008.

SCORALICK-LEMPKE, Natália Nunes; BARBOSA, Altemir José Gonçalves. Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span. **Estudos de Psicologia,** Campinas, v. 29, p. 647-655, 2012.

SILVA, Ana Beatriz Gomes *et al*. Doença de Parkinson: revisão de literatura = Parkinson's Disease: literature review. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 7, n. 5, p. 47677–47698, 2021. DOI: 10.34117/bjdv.v7i5.29678. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/29678. Acesso em: 30 nov. 2023

HILARIO, Lívia Silveira de Moraes; HILARIO, Willyan Franco. Descrição da patologia, etiologia e das estratégias farmacológicas e não farmacológicas da Doença de Parkinson. **Perspectivas Experimentais e Clínicas, Inovações Biomédicas e Educação em Saúde (PECIBES)**, v. 7, n. 2, p. 45-51, 24 dez. 2021.

SPINK, Mary Jane. (org.). **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. E-book. Disponível em: https://books.scielo.org/id/w9q43. Acesso em: 7 de mar. 2023.

SPINK, Mary Jane. (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**, Rio de Janeiro: Editora Cortez, 2014. E-book.

SPINK, Peter Kevin. Pesquisa de campo em psicologia social: Uma perspectiva pós-construcionista, **Psicologia e Sociedade**, v. 15, n.2, p. 18-42, jun/dez. 2003. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/psi-28892. Acesso em: 7 de mar. 2023.

TEIVE, Hélio Afonso Ghizoni. Etiopatogenia da Doença de Parkinson. **Revista Neurociências**, [S. l.], v. 13, n. 4, p. 201–214, 2005. DOI: 10.34024/rnc.2005.v13.8794. Disponível em: https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8794. Acesso em: 27 maio. 2024.

TEIXEIRA, Jorge Juarez Vieira; LEFÈVRE, Fernando. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1247-1256, jul. 2008.

VASCONCELLOS, Paula Renata Olegini; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; TAGLIETTI, Marcelo. Morbidade hospitalar e mortalidade por Doença de Parkinson no Brasil de 2008 a 2020. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 47, n. 137 abr-jun, p. 196–206, 2023. Disponível em: https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/7971. Acesso em: 30 nov. 2023.

WICHMANN, Francisca Maria Assman *et al*. Envelhecimento, Mídia e Sociedade. **Revista Contexto & Saúde**, [S. l.], v. 11, n. 20, p. 261–266, 2013. DOI: 10.21527/2176-7114.2011.20.261-266. Disponível em: https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1528. Acesso em: 10 dez. 2023.

YALOM, Irvin David. **Psicoterapia de Grupo**: teoria e prática. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ZIMERMAN, David Epelbaum. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1993.

ZIMERMAN, David Epelbaum; OSÓRIO, Luiz Carlos. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

ZIMERMAN, Guite. **Velhice**: Aspectos Biopsicossociais. São Paulo: Artmed, 2000.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista e Atividades

O Grupo e seus significados

1. Quais as atividades registradas no caderno possuem maior significado para vocês?
2. Porque essas lembranças são significativas, o que elas representam?
3. Quais sentimentos essas lembranças despertam em vocês?
4. Quais os benefícios que o grupo proporcionou para a sua vida?
5. O que sentem quando estão juntos?
6. O que é a doença de Parkinson para você?
7. O que é ser idoso, para você?
8. Como a interação com o grupo contribui para o enfrentamento da Doença de Parkinson?
9. Os encontros contribuem para sua saúde mental? Se sim, de que forma?
10. Como você era antes de participar do grupo?

Construindo significados a partir dos órgãos do sentido - primeira parte.

Será discutido sobre as estratégias de enfrentamento aprendidas e compartilhadas no grupo, utilizadas no cotidiano dos indivíduos. Para tanto, será realizada uma experiência que utilize os seguintes órgãos do sentido: audição e tato. Assim, a atividade acompanhará o seguinte roteiro:

- Será passado um recipiente com pedras de gelo e o indivíduo colocará a mão, pegando nas pedras de gelo por 3 segundos, a partir dessa experiência tátil conversaremos sobre as dificuldades do indivíduo no seu cotidiano e as formas de enfrentamento aprendidas fora ou dentro do grupo.
- Será distribuído para cada integrante, uma folha com a letra de uma música, logo em seguida tocará essa música e durante a mesma os indivíduos vão escolher duas ou três palavras que elas consideram importantes para o enfrentamento de suas dores.

Construindo significados a partir dos órgãos do sentido - segunda parte.

Será discutido sobre as estratégias de enfrentamento aprendidas e compartilhadas no grupo, utilizadas no cotidiano dos indivíduos. Para tanto, será realizada uma experiência que utilize os seguintes órgãos do sentido: paladar e olfato, assim, a atividade acompanhará o seguinte roteiro:

- Será passado um pequeno copo com chá onde cada indivíduo vai provar e a partir do gosto sentido irá falar sobre uma lembrança, sentimento ou sensação que lhe for identificada com o gosto do líquido. A partir do que for exposto pelos participantes, será discutido sobre o cuidado com a saúde mental.
- Será passado um recipiente com aroma e a partir do olfato será trabalhado a concepção de bem estar e saúde.

Construindo significados a partir dos órgãos do sentido - parte final.

- Em conjunto com o grupo será construído um mural com recortes de revistas previamente selecionadas e recortadas pela pesquisadora. Além disso, será pedido previamente que cada integrante leve algo significativo para colocar no mural. Após construído, será pedido que cada um fale sobre a representação do objeto que levou e quais os sentimentos despertados na construção coletiva do mural.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

> ***"O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa."*** (Resolução. nº 466/12 -IV, do Conselho Nacional de Saúde).

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa de campo intitulada **"Impactos do grupo terapêutico no cuidado com a saúde mental de pacientes idosos com a Doença de Parkinson: Uma análise a partir das práticas discursivas",** recebendo da Sr(a). Profa. Dra. Flávia Regina Guedes Ribeiro, da Srtª Caroline Vitória Firmiano dos Santos e da Universidade Federal de Alagoas- UFAL, Campus Arapiraca/ Unidade Educacional de Palmeira dos Índios, responsáveis por sua execução, as seguintes informações:

1. O estudo se destina a compreender os impactos do grupo terapêutico realizado na a Associação dos Deficientes Físicos e Mentais - ADFIMA, CER III, no cuidado com a sua saúde mental. Essa pesquisa de campo semiestruturada, de caráter qualitativo, será utilizada para promover essa compreensão.
2. A importância deste estudo é a de possibilitar uma melhor compreensão acerca da realidade vivenciada pelos idosos, com a Doença de Parkinson bem como a forma como lida com essas experiências. Além de possibilitar uma compreensão dos impactos do grupo terapêutico no cuidado com a saúde mental a partir de uma análise discursiva.
3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes:
    - Gerar uma compreensão a respeito de como os grupos terapêuticos contribuem para o cuidado da saúde mental de idosos com a Doença de Parkinson
    - Identificar os sentidos e significados atribuídos ao grupo terapêutico e a Doença de Parkinson.
4. A coleta de dados começará em julho de 2023 e terminará em agosto de 2023.

5. O estudo será feito da seguinte maneira: No primeiro momento, será realizado uma análise dos prontuários do paciente e escalas utilizadas pela psicóloga para avaliação individual, a fim de compreender o quadro do paciente na instituição. No segundo momento, será realizada a observação participante do grupo onde os encontros serão audiogravados e transcritos, mediante a sua autorização. Já no terceiro momento, serão realizadas três atividades, uma por semana, com roteiro semiestruturado com perguntas para direcionar a discussão sobre o tema da pesquisa. Dessa forma, as intervenções serão audiogravadas e transcritas mediante a sua autorização.
6. A sua participação será na seguinte etapa: Momento da observação participante, onde a pesquisadora irá ouvir e registrar os encontros por meio da audiogravação e no momento das atividades com perguntas e roteiro semiestruturados.
7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: o de sentir algum desconforto no momento da atividade com perguntas semiestruturadas, especialmente, quando forem feitas perguntas referentes ao seu passado ou sobre a Doença de Parkinson. Para evitar possíveis incômodos e riscos, buscaremos fazer com que se sinta à vontade durante a entrevista, saiba que as respostas não serão obrigatórias, e você poderá responder o que achar que não te afetará psicologicamente. Dessa forma, será estabelecida uma postura de escuta e acolhimento ao longo do processo de produção de dados
8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, serão: Possibilitar a compreensão dos benefícios do grupo terapêutico na sua saúde mental, além de, compreender os significados e sentidos atribuídos ao grupo, ao processo de envelhecimento e a Doença de Parkinson, bem como, compreender suas vivências a partir dessas temáticas.
9. Caso ocorra algum incômodo, você poderá contar com a seguinte assistência: Serviço de Psicologia oferecido pela instituição ADFIMA. Sendo responsável por ela a psicóloga Carlinda Neta.
10. Você será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo. Além disso, ao final do trabalho os resultados serão apresentados na Instituição ADFIMA, marcado previamente com a mesma, em um dia e horário em que o grupo acontece.
11. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

12. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, sendo garantido o anonimato em todas as etapas da pesquisa, inclusive mediante a publicação de trabalhos científicos.
13. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você, mas caso você tenha qualquer despesa relacionada a pesquisa iremos lhe ressarcir.
14. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa. Sendo ainda garantido assistência imediata e sem ônus para o participante e assistência integral, ou seja, prestada para atender complicações e danos decorrentes, direta ou indiretamente, da pesquisa.
15. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

AUTORIZAÇÃO DO USO DE VOZ

( ) Sim, autorizo a divulgação da minha voz.
( ) Não, não autorizo a divulgação da minha voz.

USO DE CONTEÚDO DA ENTREVISTA

( ) Sim, autorizo o uso e divulgação do conteúdo da entrevista.
( ) Não, não autorizo o uso e divulgação do conteúdo da entrevista.

Eu, _____ tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

_____

Pesquisador responsável

_____

Pesquisador responsável

Contato de urgência: Sr(a).
Domicílio:
Bairro: S
Telefone:
Ponto de referência:

Endereço d(os, as) responsáve (l,is) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Flávia Regina Guedes Ribeiro
Instituição: Universidade Federal de Alagoas
Endereço: Rua Sonho Verde S/N, Bairro Eucalipto
CEP 57076-100
Tel:

Caroline Vitória Firmiano dos Santos
Instituição: Universidade Federal de Alagoas
Endereço: Rua Maria Ferreira de Souza, nº 47, Bairro Massaranduba
CEP: 57309-676
Tel: (82) 996703810

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTOS DO GRUPO TERAPÊUTICO NO CUIDADO COM A SAÚDE MENTAL DE PACIENTES IDOSOS COM A DOENÇA DE PARKINSON: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS PRÁTICAS DISCURSIVAS

Pesquisador: Flávia Regina Guedes Ribeiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69478923.9.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.073.520

Apresentação do Projeto:

O estudo tem como objetivo discutir os impactos do grupo terapêutico no cuidado com a saúde mental de pacientes com a doença de Parkinson, a partir da análise discursiva, por meio ainda, da pesquisa a ser realizada com o grupo em reabilitação na cidade de Arapiraca- AL. Pretende ainda, evidenciar os sentidos e significados que os integrantes atribuem ao grupo, bem como, a relação que os mesmos estabelecem com a doença. Nessa ótica, trata-se de uma pesquisa de campo orientada pela perspectiva qualitativa. Além disso, serão incluídos na pesquisa dez idosos, sendo cinco homens e cinco mulheres com idade entre 60 e 85 anos de idade, onde serão articulados intervenções e observações de modo a direcionar a pesquisa. Por fim, a discussão que este trabalho propõe, baseia-se na perspectiva teórica Construcionista. Busca-se aqui construir um conhecimento por meio das práticas sociais e produção de sentidos do cotidiano.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender os impactos do grupo terapêutico no cuidado com a saúde mental de pacientes com a Doença de Parkinson em reabilitação.

Objetivo Secundário:

Avaliar a correlação dos sintomas depressivos com a doença de Parkinson;

Compreender como os grupos terapêuticos contribuem para o cuidado da saúde mental de idosos

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444,térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

com a Doença de Parkinson;
Identificar os sentidos e significados que os sujeitos atribuem ao grupo terapêutico e a Doença de Parkinson;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos:
A pesquisa apresenta poucos riscos, que por sua vez, podem acontecer mediante o compartilhamento de vivências durante as intervenções, visto que muitos assuntos tratados pelo grupo podem causar desconfortos. No entanto, sempre que necessário haverá pausas e conversas de modo a manejar qualquer tipo de situação de desconforto. Será garantido ainda que os participantes possam se ausentar dos procedimentos a qualquer momento sem nenhum tipo de constrangimento. Além disso, se fará presente o acompanhamento da psicóloga do setor durante as intervenções no grupo, onde a qualquer momento poderá intervir para reduzir quaisquer possíveis danos. Existindo necessidade, estará disponível o atendimento individual realizado pela psicóloga da instituição.
Benefícios:
Espera-se que a pesquisa possibilite uma maior compreensão sobre os efeitos do grupo terapêutico no cuidado com a saúde mental de pacientes com a Doença de Parkinson, assim como, pretende possibilitar uma articulação com a teoria, fomentando novas discussões sobre o tema. Considerando que existem poucos estudos relacionando grupos com a Doença de Parkinson e a depressão, a pesquisa também poderá contribuir como referência para novos estudantes estagiários na mesma área. Por fim, levantar discussões e articular com dados encontrados nos estudos poderá beneficiar a população idosa com a Doença de Parkinson, pois somará com a atuação do psicólogo, bem como, de outros profissionais que utilizem a modalidade de grupo nas suas intervenções.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Trata-se de um TCC. Será realizado uma busca pelos prontuários e Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos pacientes. Os documentos citados são realizados pelos profissionais de saúde que acompanham os pacientes. São eles: psicóloga, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e enfermeira. O PTS é realizado a cada seis meses e tem como objetivo construir um projeto terapêutico para o paciente, verificar a evolução, discutir os casos e elencar novas metas.
Além disso, será realizado a busca pelos instrumentos de avaliação utilizados pela psicóloga, bem como, análise dos registros das avaliações realizadas no ano de 2023. Assim, os documentos

serão analisados pela pesquisadora e registrado por meio de diário de campo, de modo a contribuir com a articulação teórica e possibilitar um maior conhecimento para os encontros futuros.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2124435.pdf
Roteiro.pdf
termo_instituicao.jpg
Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_assinado.pdf
projeto.pdf
TermoCompromisso_assinado.pdf
cronograma_detalhado.pdf
01_Vitoria_folhaDeRosto_VitoriaTCC_assinado_assinado.pdf

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
O Projeto apresenta os seguinte óbices éticos:
1. Com relação TCUD, no item 8 é colocado que os resultados serão divulgados em encontros ou revistas científicas. No entanto não é relatado que estes resultados também serão divulgados para os participantes e como esses resultados chegarão até eles.

2. Com relação ao TCLE (documento intitulado ermo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_assinado.pdf postado 08/05/2023):

2.1 O documento deve ser numerado em ordem crescente colocando-se 1/4, 2/4, 3/4,4/4, solicita-se alteração.

2.2 Solicita-se que as informações descritas na AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E/OU VOZ sejam incluídas no Registro do Consentimento Livre e Esclarecido, inserindo opções excludentes. Por exemplo: ("sim, autorizo a divulgação da minha voz" e "não, não autorizo a divulgação da minha voz"). Se os pesquisadores admitem a possibilidade dos participantes permitirem o uso do conteúdo da entrevista, entretanto, o não uso de sua voz – ou vice-versa, solicitamos que as duas opções (uso do conteúdo da entrevista) sejam declaradas e descritas de maneira claramente individualizada. Em outras palavras, o documento deve conter as duas permissões distintas. Exemplo: Uso de conteúdo da entrevista: SIM (...) ou NÃO (....). Solicitam-se adequações.

2.3 No item 9 página 2/5, onde lê-se " Caso ocorra algum incomodo, você poderá contar com a seguinte assistência: Serviço de Psicologia oferecido pela instituição ADFIMA. Sendo responsável por ela a psicóloga Carlinda Neto", garante-se a assistência do tratamento pela psicóloga da instituição. No entanto, na carta de anuência (documento intituladotermo_instituicao.jpg postado 08/05/2023) a diretora autoriza a realização da pesquisa, mas não se compromete em oferecer o tratamento psicológico, caso seja necessário. A Pesquisadora também tem a opção de se responsabilizar pela assistência que for necessária, sem a participação da psicóloga da instituição. Solicitam-se adequações.

2.4 No item 10 Lê-se na página 2/5: "10. Você será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo." De acordo com a Resolução 466/12 é necessário especificar a forma como este resultado chegará ao participante.

2.5 Lê-se na página 2 de 4: "13. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você , pois você não irá precisar desembolsar nenhuma quantia para participar dessa pesquisa." Neste caso, deve-se deixar claro que se houver qualquer despesa ela será ressarcida. De acordo com a Resolução CNS 466/12, item IV.4 g)"explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes", portanto sugere-se a redação:"13. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você, mas caso você tenha qualquer despesa relacionada a pesquisa iremos lhe ressarcir.

2.6 Lê-se na página 2 de 4: "14. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal)." Não é aceitável que o patrocinador e/ou pesquisadores se responsabilizem somente pelos danos comprovadamente resultantes da participação do indivíduo na pesquisa. Muitas vezes, a relação entre o nexo causal e o dano apresentado pelo participante de pesquisa ainda não é claro, podendo haver demora para estabelecer uma relação entre a participação na intervenção e os efeitos adversos. Desse modo, a responsabilidade de prestar ASSISTÊNCIA INTEGRAL, GRATUITA E PELO TEMPO NECESSÁRIO (GRIFO NOSSO), bem como a garantia do participante requerer indenização, devem ser providas pelo patrocinador, em caso de danos decorrentes da participação na pesquisa, sem qualquer restrição adicional, mesmo que ainda não tenha sido estabelecido, efetivamente, o nexo causal. Solicita-se

adequação (Resolução CNS nº 466 de 2012, itens II.3.1 e II.3.2).

2.7 Ao final do TCLE é importante adicionar um texto que expresse a importância do Comitê de ética e que caso o participante deseje ele pode tirar suas dúvidas. Sugere-se o texto a seguir:
"Se voce tiver duvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, voce pode contatar o Comite de Etica em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFAL, pelo telefone: (82) 3214-1041 ou e-mail cep@ufal.br. O CEP trata-se de um grupo de individuos com conhecimentos científicos que realizam a revisao etica inicial e continuada do estudo de pesquisa para mante-lo seguro e proteger seus direitos. O CEP e responsavel pela avaliacao e acompanhamento dos aspectos eticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Este papel esta baseado nas diretrizes eticas brasileiras (Res. CNS 466/12, CNS 510/16 e complementares).

2.8 Ao final do TCLE é necessário retirar as assinaturas das pesquisadoras, deixando apenas os espaços para que sejam assinados os documentos no momento em que também serão assinado pelos participantes e entregues a eles.

- Para uma maior agilidade de análise e de retorno em caso de Parecer Pendente, solicitamos responder as pendências apontadas por meio de CARTA RESPOSTA ao CEP, descrevendo a pendência e a resposta do pesquisador, solicita-se quando necessário alteração nos documentos anexados (projeto, TCLE e outros) que seja sinalizado na CARTA RESPOSTA a página e localização da alteração no documento.
As adequações podem ser realizadas na própria CARTA RESPOSTA, a não ser em caso que seja obrigatório a mudança nos documentos, tais como: alterações na Plataforma Brasil (Pesquisadores envolvidos, Orçamento, Tamanho da Amostra e Cronograma) e/ou na documentação anexa (Ex.: TCLE, declarações, instrumento de coleta de dados, etc).
Atentar-se aos casos de necessidade de REANEXAR documentos ausentes e/ou com solicitação de ajustes.
- Informamos que este CEP faz até 3 apreciações das pendências éticas. A partir do 4o retorno com pendências este projeto será retirado e novo projeto será exigido.

Considerações Finais a critério do CEP:
Prezado (a) Pesquisador (a), de acordo com as diretrizes para pesquisas definidas pela Res. CNS 466/12 e suas complementares, seu protocolo está PENDENTE e, para que este seja considerado

aprovado, deverá resolver todos os questionamentos e sugestões constantes no item CONCLUSÕES OU PENDÊNCIAS E LISTA DE INADEQUAÇÕES deste Parecer Consubstanciado.

Somente após esta reavaliação e possível aprovação é que esta poderá ser iniciada. Além disso, destacamos que:

V.Sª. terá um trâmite conosco de ATÉ 30 DIAS, após a data de emissão deste Parecer Consubstanciado, para resolução de suas pendências, porém, após este prazo, seu protocolo será considerado retirado. No entanto, solicitamos que o envio dos documentos pendentes NÃO ULTRAPASSE PRAZOS MAIORES QUE 15 DIAS CONSECUTIVOS, a fim de que o processo de tramitação possa ser mais rapidamente resolutivo.

Para uma maior agilidade de análise e de retorno, solicitamos responder as pendências apontadas através de carta resposta, descrevendo a pendência e respondendo-a.

Lembramos que algumas adequações devem ser realizadas diretamente no projeto (Ex.: Orçamento e Cronograma) e outras apenas na carta resposta (procedimento, risco, benefício, critérios de interrupção, etc.) e/ou na documentação anexa (Ex.: TCLE, declarações, instrumento de coleta de dados, etc).

Atentar-se aos casos de necessidade de reanexar documentos ausentes e/ou com solicitação de ajustes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2124435.pdf	08/05/2023 10:30:24		Aceito
Outros	Roteiro.pdf	08/05/2023 10:28:05	CAROLINE VITORIA FIRMIANO DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_instituicao.jpg	08/05/2023 10:26:31	CAROLINE VITORIA FIRMIANO DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_assinado.pdf	08/05/2023 10:22:48	CAROLINE VITORIA FIRMIANO DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	08/05/2023 10:22:27	CAROLINE VITORIA FIRMIANO DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoCompromisso_assinado.pdf	08/05/2023 10:22:02	CAROLINE VITORIA FIRMIANO DOS	Aceito

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Continuação do Parecer: 6.073.520

Declaração de Pesquisadores	TermoCompromisso_assinado.pdf	08/05/2023 10:22:02	SANTOS	Aceito
Cronograma	cronograma_detalhado.pdf	08/05/2023 10:21:26	CAROLINE VITORIA FIRMIANO DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	01_Vitoria_folhaDeRosto_VitoriaTCC_assinado_assinado.pdf	08/05/2023 10:21:09	CAROLINE VITORIA FIRMIANO DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:
Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

MACEIO, 23 de Maio de 2023

Assinado por:
Thaysa Barbosa Cavalcante Brandão
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444,térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP - Segunda Versão

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTOS DO GRUPO TERAPÊUTICO NO CUIDADO COM A SAÚDE MENTAL DE PACIENTES IDOSOS COM A DOENÇA DE PARKINSON: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS PRÁTICAS DISCURSIVAS

Pesquisador: Flávia Regina Guedes Ribeiro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69478923.9.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.135.174

Apresentação do Projeto:

O estudo tem como objetivo discutir os impactos do grupo terapêutico no cuidado com a saúde mental de pacientes com a doença de Parkinson, a partir da análise discursiva, por meio ainda, da pesquisa a ser realizada com o grupo em reabilitação na cidade de Arapiraca- AL. Pretende ainda, evidenciar os sentidos e significados que os integrantes atribuem ao grupo, bem como, a relação que os mesmos estabelecem com a doença. Nessa ótica, trata-se de uma pesquisa de campo orientada pela perspectiva qualitativa. Além disso, serão incluídos na pesquisa dez idosos, sendo cinco homens e cinco mulheres com idade entre 60 e 85 anos de idade, onde serão articulados intervenções e observações de modo a direcionar a pesquisa. Por fim, a discussão que este trabalho propõe, baseia-se na perspectiva teórica Construcionista. Busca-se aqui construir um conhecimento por meio das práticas sociais e produção de sentidos do cotidiano.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender os impactos do grupo terapêutico no cuidado com a saúde mental de pacientes com a Doença de Parkinson em reabilitação.

Objetivos Secundários:

Avaliar a correlação dos sintomas depressivos com a doença de Parkinson;

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444,térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

Compreender como os grupos terapêuticos contribuem para o cuidado da saúde mental de idosos com a Doença de Parkinson;

Identificar os sentidos e significados que os sujeitos atribuem ao grupo terapêutico e a Doença de Parkinson;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa apresenta poucos riscos, que por sua vez, podem acontecer mediante o compartilhamento de vivências durante as intervenções, visto que muitos assuntos tratados pelo grupo podem causar desconfortos. No entanto, sempre que necessário haverá pausas e conversas de modo a manejar qualquer tipo de situação de desconforto. Será garantido ainda que os participantes possam se ausentar dos procedimentos a qualquer momento sem nenhum tipo de constrangimento. Além disso, se fará presente o acompanhamento da psicóloga do setor durante as intervenções no grupo, onde a qualquer momento poderá intervir para reduzir quaisquer possíveis danos. Existindo necessidade, estará disponível o atendimento individual realizado pela psicóloga da instituição.

Benefícios:

Espera-se que a pesquisa possibilite uma maior compreensão sobre os efeitos do grupo terapêutico no cuidado com a saúde mental de pacientes com a Doença de Parkinson, assim como, pretende possibilitar uma articulação com a teoria, fomentando novas discussões sobre o tema. Considerando que existem poucos estudos relacionando grupos com a Doença de Parkinson e a depressão, a pesquisa também poderá contribuir como referência para novos estudantes estagiários na mesma área. Por fim, levantar discussões e articular com dados encontrados nos estudos poderá beneficiar a população idosa com a Doença de Parkinson, pois somará com a atuação do psicólogo, bem como, de outros profissionais que utilizem a modalidade de grupo nas suas intervenções.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um TCC. Será realizado uma busca pelos prontuários e Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos pacientes. Os documentos citados são realizados pelos profissionais de saúde que acompanham os pacientes. São eles: psicóloga, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e enfermeira. O PTS é realizado a cada seis meses e tem como objetivo construir um projeto terapêutico para o paciente, verificar a evolução, discutir os casos e elencar novas metas.

Além disso, será realizado a busca pelos instrumentos de avaliação utilizados pela psicóloga, bem

como, análise dos registros das avaliações realizadas no ano de 2023. Assim, os documentos serão analisados pela pesquisadora e registrado por meio de diário de campo, de modo a contribuir com a articulação teórica e possibilitar um maior conhecimento para os encontros futuros.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2124435.pdf
Cartarespostadependencias.pdf
TermoCompromissomodificado.docx
termodeanuenciamodificado.pdf
TermodeConsentimentoLivreeEsclarecidomodificado.docx

Recomendações:
Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
PROJETO APROVADO. As pendências antes relatadas foram corrigidas.

Pendência 1: 1. Com relação TCUD, no item 8 é colocado que os resultados serão divulgados em encontros ou revistas científicas. No entanto não é relatado que estes resultados também serão divulgados para os participantes e como esses resultados chegarão até eles. Resposta: Os resultados deste trabalho serão apresentados para os indivíduos participantes da pesquisa, de forma presencial na Instituição onde o grupo acontece, marcado previamente com a mesma, em um dia e horário do encontro do grupo.
PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 2: 2. O documento deve ser numerado em ordem crescente colocando-se 1/4, 2/4, 3/4,4/4, solicita-se alteração. Resposta: Documento alterado e anexado.
PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 3: 2.1 Solicita-se que as informações descritas na AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E/OU VOZ sejam incluídas no Registro do Consentimento Livre e Esclarecido, inserindo opções excludentes. Por exemplo: ("sim, autorizo a divulgação da minha voz" e "não, não autorizo a divulgação da minha voz"). Se os pesquisadores admitem a possibilidade dos participantes permitirem o uso do conteúdo da entrevista, entretanto, o não uso de sua voz – ou vice-versa,

solicitamos que as duas opções (uso do conteúdo da entrevista) sejam declaradas e descritas de maneira claramente individualizada. Em outras palavras, o documento deve conter as duas permissões distintas. Exemplo: Uso de conteúdo da entrevista: SIM (...) ou NÃO (....). Solicitam-se adequações.
Resposta: AUTORIZAÇÃO DO USO DE VOZ
( ) Sim, autorizo a divulgação da minha voz. ( ) Não, não autorizo a divulgação da minha voz.
USO DE CONTEÚDO DA ENTREVISTA
( ) Sim, autorizo o uso e divulgação do conteúdo da entrevista. ( ) Não, não autorizo o uso e divulgação do conteúdo da entrevista. A correção encontra-se em destaque amarelo na página 3/5
PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 4: 2.3 No item 9 página 2/5, onde lê-se " Caso ocorra algum incomodo, você poderá contar com a seguinte assistência: Serviço de Psicologia oferecido pela instituição ADFIMA. Sendo responsável por ela a psicóloga Carlinda Neto", garante-se a assistência do tratamento pela psicóloga da instituição. No entanto, na carta de anuência (documento termo_instituicao.jpgpostado08/05/2023) a diretora autoriza a realização da pesquisa, mas não se compromete em oferecer o tratamento psicológico, caso seja necessário. A Pesquisadora também tem a opção de se responsabilizar pela assistência que for necessária, sem a participação da psicóloga da instituição. Solicitam-se adequações.
Resposta: Para caso de incomodo ou alguma necessidade para os integrantes do grupo participantes da pesquisa, estará disponível a seguinte assistência: Serviço de Psicologia oferecido pela instituição ADFIMA. Sendo responsável por ela a Psicóloga Carlinda Cordeiro de Micena Neta, CRP15/4412. Carta de anuência com a devida alteração, anexada
PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 5: 2.4 No item 10 Lê-se na página 2/5: "10. Você será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo. "De acordo com a Resolução 466/12 é necessário especificar a forma como este resultado chegará ao participante.
Resposta: Você será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo. Além disso, ao final do trabalho os resultados serão apresentados na Instituição ADFIMA, marcado previamente com a mesma, em um dia e horário em que o grupo acontece. A correção encontra-se em destaque amarelo na pagina 3/5

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 6: 2.5 Lê-se na página 2 de 4: "13. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você , pois você não irá precisar desembolsar nenhuma quantia para participar dessa pesquisa. "Neste caso, deve-se deixar claro que se houver qualquer despesa ela será ressarcida. De acordo com a Resolução CNS 466/12, itemIV.4g)"explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes", portanto sugere-se a redação:"13. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você, mas caso você tenha qualquer despesa relacionada a pesquisa iremos lhe ressarcir.
Resposta: O estudo não acarretará nenhuma despesa para você, mas caso você tenha qualquer despesa relacionada a pesquisa iremos lhe ressarcir. A correção encontra-se em destaque amarelo na pagina 3/5.
PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 7: 2.6 Lê-se na página 2 de 4: "14. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa(nexo causal)." Não é aceitável que o patrocinador e/ou pesquisadores se responsabilizem somente pelos danos comprovadamente resultantes da participação do indivíduo na pesquisa. Muitas vezes, a relação entre o nexo causal e o dano apresentado pelo participante de pesquisa ainda não é claro, podendo haver demora para estabelecer uma relação entre a participação na intervenção e os efeitos adversos. Desse modo, a responsabilidade de prestar ASSISTÊNCIA INTEGRAL, GRATUITAEPELOTEMPO NECESSÁRIO (GRIFO NOSSO), bem como a garantia do participante requerer indenização, devem ser providas pelo patrocinador, em caso de danos decorrentes da participação na pesquisa, sem qualquer restrição adicional, mesmo que ainda não tenha sido estabelecido, efetivamente, o nexo causal. Solicita-se adequação (ResoluçãoCNSnº466 de 2012, itens II.3.1 e II.3.2). 14. Resposta: Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa. Sendo ainda garantido assistência imediata e sem ônus para o participante e assistência integral, ou seja, prestada para atender complicações e danos decorrentes, direta ou indiretamente , da pesquisa. A correção encontra-se em destaque amarelo na pagina 3/5.
PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 8: 2.7 Ao final do TCLE é importante adicionar um texto que expresse a importância do Comitê de ética e que caso o participante deseje ele pode tirar suas dúvidas. Sugere-se o texto a

seguir: “Se você tiver duvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos(CEP) da UFAL, pelo telefone: (82) 3214-1041 ou e-mail cep@ufal.br. O CEP trata-
se de um grupo de indivíduos com conhecimentos científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos. O CEP e responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Este papel esta baseado nas diretrizes éticas brasileiras (Res. CNS 466/12, CNS 510/16 e complementares).
Resposta: “Se você tiver duvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFAL, pelo telefone: (82) 3214-1041 ou e-mail cep@ufal.br. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimentos científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos. O CEP e responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Este papel esta baseado nas diretrizes éticas brasileiras (Res. CNS466/12, CNS 510/16 e complementares).” A correção encontra-se em destaque amarelo na pagina 5/5.
PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 9: 2.8 Ao final do TCLE é necessário retirar as assinaturas das pesquisadoras, deixando apenas os espaços para que sejam assinados os documentos no momento em que também serão assinado pelos participantes e entregues a eles.
PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:
Lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:
O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;
V.Sª. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Continuação do Parecer: 6.135.174

oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;
O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;
Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;
Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.
O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).Flávia Regina Guedes Ribeiro

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2124435.pdf	09/06/2023 14:17:09		Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	Cartarespostadependencias.pdf	09/06/2023 14:16:17	CAROLINE VITORIA FIRMIANO DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoCompromissomodificado.docx	09/06/2023 14:07:39	CAROLINE VITORIA FIRMIANO DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeanuenciamodificado.pdf	09/06/2023 14:06:26	CAROLINE VITORIA FIRMIANO DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecidomodificado.docx	09/06/2023 14:04:38	CAROLINE VITORIA FIRMIANO DOS SANTOS	Aceito
Outros	Roteiro.pdf	08/05/2023 10:28:05	CAROLINE VITORIA FIRMIANO DOS SANTOS	Aceito

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Continuação do Parecer: 6.135.174

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	08/05/2023 10:22:27	CAROLINE VITORIA FIRMIANO DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoCompromisso_assinado.pdf	08/05/2023 10:22:02	CAROLINE VITORIA FIRMIANO DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	cronograma_detalhado.pdf	08/05/2023 10:21:26	CAROLINE VITORIA FIRMIANO DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	01_Vitoria_folhaDeRosto_VitoriaTCC_assinado_assinado.pdf	08/05/2023 10:21:09	CAROLINE VITORIA FIRMIANO DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

MACEIO, 22 de Junho de 2023

Assinado por:
Thaysa Barbosa Cavalcante Brandão
(Coordenador(a))